Rok XLIV. Kraków 23 Grudnia 1905. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Zestawienie wszystkich przypadków róży z ostatnich lat dziesięciu, leczonej w oddziałach skórnych, oraz uwagi ogólne i lecznicze, na tem zestawieniu oparte.

Podał
Dr. J. Krzyszkowski
prymaryusz oddziału.

Odmienny sposób lokalnego leczenia róży w oddziale skórnym męzkim, a odmienny w oddziale skórnym kobiecym skłoniły mnie do rozejrzenia się w historyach chorób obu oddziałów i do zestawienia statystycznego wszystkich przypadków z całego szeregu lat, — celem przekonania się, który sposób leczenia dał lepsze wyniki.

Zabrałem się do tej pracy chętnie; liczba bowiem zasłabnięć na różę w ostatnich dwóch latach wzrosła znacznie tak u mężczyzn, jak i u kobiet.

Róża, jako choroba zakaźna i gorączkowa, musi być obowiązkowo przyjęta do leczenia szpitalnego; leczenie jej trwa nieraz długo, a powikłania i następstwa są często, tak jak i wrzody podudzia, tymi niepożądanymi przypadkami szpitalnymi, które pobyt chorych w szpitalu ogromnie przedłużają, a przez to samo znacznie podnoszą i koszt leczenia.

W leczeniu szpitalnem chodzi przedewszystkiem o to, aby leczenie to było dobre i trwało krótko, metoda zaś stosowana powinna być tanią i poręczną.

Wykazanie więc i umotywowanie liczbami, który sposób ze stosowanych dotąd leczy prędzej, który nastręcza mniej powikłań, który jest tańszy i poręczniejszy, a wreszcie uzyskanie pewnego kryteryum do zastosowania innej metody zachęciło mnie do niniejszej pracy.

Wynikami mej obserwacyi dzielę się tem chętniej, że jest ona oparta na bardzo licznym materyale, bo na 795 przypadkach z ostatnich lat dziesięciu; pomijam bieżący rok 1905, którego dla okrągłości rachunku nie przytaczam. Jestto w każdym razie liczba pokaźna i bardzo poważna. Wszystkie statystyki zasłabnięć na różę, z któremi spotykałem się w licznych pracach, nie dochodziły nigdy do tej liczby, a wnioski lecznicze były zawsze wysnuwane z kilkudziesięciu, a nawet z kilkunastu przypadków.

Statystyka ma dopiero wtedy znaczenie, gdy jest opartą na licznych przypadkach i na całym szeregu lat. Jest ona także bardzo pouczająca, jeżeli się tylko chce patrzeć na nią krytycznie i umie odpowiednio z liczb otrzymanych wnioskować.

Zanim przejdę do zestawień i do wysnucia z nich wniosków, przypomnę choć w paru słowach rzeczy zresztą dobrze znane co do powstawania i leczenia róży.

Że róża jest ostrem, zakaźnem zapaleniem skóry, wywołanem przez wniknięcie drobnoustrojów, zwrócili już na to uwagę Henle, Hüter, Nepveu i Wilde. Za czynnik podawali jużto koki, jużto prątki. Pierwsze dokładne zbadanie sprawy zawdzięczamy Fehleisenowi. Ten badał tylko przypadki czyste (nie powikłane ropowicą) i otrzymywał z nich czyste kolonie łańcuszkowców. Hodowlami, z nich wyhodowanemi, mógł naodwrót wywołać na zwierzętach typowe objawy róży. Fehleisen uważał wyhodowany przez siebie z róży łańcuszkowiec róży (*streptococcus erysipelatis*) za jedynie wywołujący różę, a nie za identyczny z łańcuszkowcem ropotwórczym (*streptococcus pyogenes*), wywołującym ropienie. Natomiast badania Petruschkyego, przeprowadzone na zwierzętach i ludziach, wykazały, że róża może być wywołaną nietylko przez łańcuszkowca róży, lecz także przez każdego innego łańcuszkowca, n. p. przez łańcuszkowca, wyhodowanego z ropnego zapalenia otrzewnej; zależy to tylko od jego jadowitości i od skłonności danego osobnika.

W ostatnich zaś czasach z typowych przypadków róży wyhodowano także inne drobnoustroje i tak: gronkowca (Bonome, Bordoni), dwukoka zapalenia płuc (Roger), prątka okrężnicy (Delius), prątka duru (Rheiner). Róża więc może być wywołaną różnymi drobnoustrojami; najczęściej jednak powoduje ją zwykły łańcuszkowiec (*streptococcus pyogenes*). Drobnoustroje dostają się zawsze z zewnątrz przez jakiekolwiekbądź uszkodzenie naskórka; rozwijają się w przestworach i w naczyniach chłonnych skóry i tkanki podskórnej, a nigdy w naczyniach krwionośnych. Na skrawkach mikroskopowych widać wyraźnie naczynia i przestwory chłonne, formalnie ponapychane drobnoustrojami; a prócz tego, jako objaw zapalenia, znaczny wysięk od najlżejszego surowiczego do włóknikowego i włóknikowo-ropnego. Przebieg zapalenia, jak zwykle w zakażeniach, zależy od odporności osobnika, od siły jadowitości drobnoustrojów, natężenia jadu i umiejscowienia. Przypadki, przy których drobnoustroje wniknęły głębiej w tkankę podskórną, gdzie wysięk był znaczny, włóknikowo-ropny, przechodzą zwykle w ropienie tkanki podskórnej, ba — nawet czasem w zgorzel całych kawałków skóry (*erysipelas phlegmonosum*, *erysipelas gangraenosum*).

Miejsca zajęte różą, odpowiednio do znanych cech zapalenia: *dolor*, *calor*, *rubor*, *tumor*, *et functio laesa* są żywo zaczerwienione, obrzękłe, połyskujące, przy dotyku bardzo bolesne, o ciepłocie w stosunku do otoczenia podwyższonej. Miejsca te są ostro odgraniczone, wyniosłe, jakby wałem od strony skóry zdrowej otoczone. Granica ta nie jest nigdy zupełnie równa, lecz wysyła liczne wypustki w zdrową jeszcze skórę, świadczące o dalszem szerzeniu się róży.

Różę można wziąć mylnie za wyprysk pęcherzykowaty, za rumień pospolity, wypocinowy, za rumień występujący pod wpływem promieni słonecznych, przegrzania, wreszcie za rozpoczynającą się ropowicę. Rozpoznanie różniczkowe nie jest trudne, jeżeli się zwróci uwagę na połysk, odgraniczenie, na stan gorączkowy i objawy ogólne ciężkiego schorzenia i pamięta się o tem, że ropowice są zwykle deskowato twarde, fiołkowawo zabarwione.

Leczenie róży powinno być ogólne i miejscowe. Ogólne, jak w chorobach zakaźnych, jest objawowe, a więc przetwory przeciwgorączkowe, podniecające, moczopędne. Na tem miejscu nie można też pominąć i surowicy Marmorka; ale tak ta, jak i *serum polyvalens antistreptococcicum* Denysa nie dały oczekiwanych wyników.

Miejscowe leczenie ma cały szereg różnych metod i sposobów. W metodach tych widzimy kilka usiłowań: przeszkodzić w szerzeniu się, odkazić pierwotne ognisko, wpłynąć ujemnie na rozrost drobnoustrojów i działać łagodząco na objawy zapalne. Przeszkodzić w szerzeniu starano się przedewszystkiem przez wywołanie w otoczeniu niepomyślnych warunków do rozwoju drobnoustrojów; stosowano więc wstrzykiwania w zdrowe otoczenie jużto 2% kwasu karbolowego (Hüter), jużto 1‰ sublimatu (Küster); metody to bolesne, niebezpieczne i niedające spodziewanych wyników. Wölfler usiłował położyć tamę szerzeniu się przez ucisk, zakładając przylepce i pendzlując otoczenie kolodyonem; metoda niewinna i nieszkodliwa. Odkazić pierwotne ognisko starał się Kraske przez głębokie i gęste nacięcia i następowe założenie silnie odkażającego opatrunku. Zabieg ten, niestosunkowo ciężki i bolesny, nie dawał pożądanych wyników, a natomiast powodował często wytwarzanie się bliznowców (keloidów). Wpływać ujemnie na rozrost mikroorganizmów starano się przez stosowanie różnych środków antyseptycznych tak na miejsca zajęte, jak na najbliższe otoczenie w formie maści, rozpylań, pendzlowań i okładów.

Tu widzimy cały arsenał farmako-terapeutyczny w ruchu: i tak, wcierano: 1‰ maść sublimatową (Gollstein); 5% maść karbolową (Rosenbach); 1:4:10 maść kreolinowo-jodoformową; 30—50% maść resorcynową (Schwimmer); wreszcie 10—30% ichtyol; robiono okłady z 3—5% kwasu karbolowego (Hofmokl); stosowano rozpylania: *sublim. corros., acidi citrici āā 1‰, alkohol absol. 10%, aetheris ad 100* (Coget et Talamon); pendzlowano terpentyną (Lache), jodyną (Hamburger), kolodyonem lub traumatycyną z dodatkiem wyżej wymienionych środków, jak ichtyol i kreolina; dalej miejsca zajęte pokrywano woskiem, przetworem wysuszającym (*siccativum*), kolodyonem, traumatycyną, papierem kauczukowym (Borvell, Otto, Kolaček), starając się przez utrudnienie przystępu powietrza wpłynąć ujemnie na rozwój drobnoustrojów. Do nowszych sposobów zaliczyć należy wcieranie mieszanki kamfory z kwasem karbolowym (*Camphor. acidi carb. āā 25,0 — olei olivae ad 100*) i wcieranie mesotanu. Działać zaś łagodząco na objawy zapalne starano się jużto pudrując, jużto stosując zmywania i okłady z alkoholu, jużto stosując zmywania i okłady zimne (lodowe) z płynów lekko ściągających.

W szpitalu powszechnym lwowskim na obu oddziałach skórnych stosowano przedewszystkiem leczenie przeciwzapalne w postaci zimnych lodowych okładów (worki z lodem). Ponadto w oddziale skórnym męzkim zmywano miejsce zajęte różą kilka razy dziennie 96% alkoholem, a w otoczenie w skórę zdrową wcierano maści antyseptyczne: przez krótki czas 1‰ sublimatową, w ostatnich zaś latach wyłącznie 40% maść resorcynową); po ustąpieniu zaś objawów zapalnych traktowano miejsca zajęte różą i ich otoczenie 20% maścią alumnolową. W oddziale zaś kobiecym przez przeciąg tych lat dziesięciu (jak to jest na tablicy uwidocznione) stosowano kilka sposobów, ale zawsze traktowano tylko miejsca zajęte, otoczenie zostawiając w spokoju. W ostatnich pięciu latach z bardzo nielicznymi wyjątkami nie zmywano miejsc zajętych różą alkoholem, lecz pendzlowano je mieszanką ichtyolowo-kolodyonową (*ichtyoli 10, creolini 5, spir camph., 20, collod. simplc. 100*), — na to dawano zimny kwaśny okład z rozcieńczonego płynu Burowa i kładziono worki z lodem. Pominąwszy więc wspólne leczenie przeciwzapalne i pewną rozmaitość środków, stosowanych lokalnie, główna i zasadnicza różnica polega na traktowaniu otoczenia. Różnica ta wydawała mi się zbyt wielką i zasadniczą, aby nie miała mieć jakiegoś choćby minimalnego wpływu na przebieg leczenia; a ponieważ wszelkie teoretyczne rozumowania pozostawały zawsze tylko teoretycznemi, postanowiłem wyniki sprawdzić liczbami, aby módz na jedną lub drugą stronę się przechylić i mieć pewne dane do wypróbowania innych sposobów. Zestawiłem więc wszystkie przypadki róży z ostatnich lat dziesięciu, leczone w obu oddziałach, jej umiejscowienie, charakter, zejście, powikłania i liczbę dni pobytu w szpitalu. Znając metody lecznicze, stosowane w poszczególnych przypadkach, postanowiłem o dobroci tych metod wnioskować z przeciętnej dni pobytu, względnie dni leczenia, z częstości następowych powikłań i zejść śmiertelnych. Rozumowałem, iż im krótszy czas leczenia, im mniej powikłań chirurgicznych i mniej zejść śmiertelnych, — tem metoda będzie lepszą.

Zabrawszy się do zestawienia tak wielkiego materyału, uwzględniałem i inne dla tego celu mniej ważne, z innych jednak względów nie mniej ciekawe szczegóły. Notowałem mianowicie miesiące zasłabnięć, zasłabnięcia w poszczególnych oddziałach szpitalnych, wiek chorych i wyciągi z protokołów sekcyjnych.

Zanim przystąpię do objaśnienia załączonych tablic — muszę zaznaczyć, że liczba przyjętych przypadków róży została obliczoną w stosunku do ilości chorych, przyjętych tylko na oddział skórny, a nie kiłowy; reszta zaś odsetkowych obliczeń jest notowaną w stosunku do liczby samych zasłabnięć na różę.

Co do umiejscowienia, to w rubrykach uwzględniłem głównie trzy typy: twarz i głowę, kończyny, tułów. Szczegółowy rozdział co do kończyn podaję w zestawieniu osobno. Do obliczenia dni leczenia użyłem dni pobytu chorych w szpitalu, liczby, głównie nas obchodzącej i dającej się łatwo z protokołów uzyskać. Błędy, które mogły się wkraść przez nieco dłuższy pobyt jakiegoś nieudolnego, wydalonego urzędowo chorego, dotyczyły obu oddziałów równomiernie, są bardzo małe i dla ogólnej liczby przeciętnej bez znaczenia. Ponieważ zaś wszystkie przypadki powikłane mogą zmniejszać lub zwiększać ilości dni leczenia, — zależnie od tego, czy zabiegi robi się i leczy w oddziale, czy też dla wykonania tych zabiegów przenosi się je na inny oddział (chirurgiczny, przy porodach położniczy), przeto zestawiłem w jednej rubryce dni leczenia wszystkich przy-

Tablica *A)*. — Oddział męzki.

W roku	Na liczbę wszystkich chorych skórnych	Przyjęto przypadków róży w miesiącach												Ogółem przyjęto	Procent	Z tej ogólnej ilości dostarczyły oddziały			Umiejscowienie				Przebieg			Dni leczenia (pobytu)				Leczenie
		styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień			oczny	chirurgiczny	inne.	twarz i głowa	kończyny	tułów (in-grans)	reszta	bez powikłań	z powikłaniami chir.	zmarło	z owikłanymi przypad.	przeciętnie	bez powikłanych przyp.	przeciętnie	
1895	607	—	—	1	1	2	—	3	1	1	2	5	4	20	3·2	1	—	1	20	—	—	—	17	2	1	207	10·30	154	8·55	Zmywanie alkoholem 96%. Zimne okłady (worki z lodem). Wcierania maści resorcynowej 40%.
1896	553	2	—	1	—	2	—	3	1	1	3	2	2	17	3·0	3	—	2	16	1	1	—	15	2	—	187	11·11	159	10·60	
1897	483	4	—	—	2	1	—	1	—	2	1	1	—	12	2·4	—	1	—	11	1	3	—	6	3	3	136	11·33	70	7·77	
1898	488	1	—	—	2	2	2	—	—	2	2	6	2	19	3·8	2	—	2	17	2	3	—	14	4	1	207	10·89	137	9·13	
1899	469	4	2	—	1	5	1	—	2	3	5	2	5	30	6·4	1	—	3	29	1	3	—	28	1	1	235	7·83	227	7·83	
1900	420	2	3	—	—	1	1	—	1	—	8	—	1	17	4·0	—	—	2	16	1	2	—	15	1	1	217	11·76	170	10·62	
1901	383	3	3	1	2	—	—	—	1	—	2	—	2	14	3·6	—	1	1	14	—	—	—	14	—	—	139	8·97	139	8·97	
1902	298	3	1	1	—	—	1	—	2	—	1	5	3	17	5·7	—	—	—	17	—	—	—	15	2	—	185	9·18	152	10·13	
1903	283	6	1	1	—	3	3	1	3	—	9	10	4	41	14·4	5	—	1	40	1	3	—	39	2	—	385	8·39	343	8·79	
1904	380	7	2	2	9	2	5	9	—	1	5	7	4	53	13·9	—	—	3	50	2	4	1*	48	2	3	451	8·53	425	8·33	
Razem	4364	32	12	7	17	18	13	17	11	10	38	38	27	240	5·4	12	2	15	230	9	19	1	211	19	10	2349	9·79	1976	8·94	
														na 240	—	5%	0·8%	6·2%	—	3·7%	7·9%	—	—	7·9%	4·1%					

* Moszna.

Tablica *B)*. — Oddział kobiecy.

1895	422	3	1	4	3	—	—	2	—	3	5	9	6	36	8·5	2	3	—	25	11	1	—	31	2	3	471	13·06	414	12·15	Zmywanie alkoholem, okłady lodowe.
1896	338	5	2	2	4	4	2	3	3	5	2	6	4	42	12·4	3	3	1	26	15	1	—	39	2	1	602	14·33	485	12·12	
1897	337	3	3	4	6	4	3	1	2	4	3	7	2	42	12·4	9	2	—	36	6	1	—	38	2	2	484	11·52	447	11·17	Maść resorcynowa 20%.
1898	370	3	3	—	3	6	8	4	2	5	6	2	5	47	12·7	11	1	1	38	9	3	—	43	4	—	683	14·68	609	14·18	
1899	444	7	5	7	4	12	5	17	—	3	7	6	1	74	16·6	13	6	—	60	13	—	1*	67	5	2	840	11·35	762	11·04	
1900	376	6	5	6	6	5	4	8	2	3	5	5	3	58	15·4	11	1	2	46	12	4	—	51	4	3	912	15·73	804	14·88	Płyn Burowa. — Lód.
1901	357	6	1	4	—	6	4	—	3	5	2	5	8	44	12·6	6	4	4	28	14	1	—	38	3	3	513	11·65	441	10·97	Mieszanka ichtyolowo-kreolinowo-kolodyonowa. Kwaśne okłady. — Lód.
1902	324	2	1	5	6	4	4	1	4	1	—	3	8	39	12·0	7	2	2	35	4	2	—	37	1	1	387	9·92	375	9·86	
1903	360	3	5	3	7	8	6	3	7	15	13	7	13	90	25·0	8	3	3	77	12	3	1*	82	7	1	1042	11·55	910	10·70	
1904	455	6	5	6	6	8	5	7	6	5	15	7	7	83	18·2	9	2	4	74	9	8	—	76	3	4	907	10·94	830	10·37	
Razem	3783	44	31	41	45	55	41	46	29	49	58	57	57	555	14·6%	79	27	17	448	105	24	2	502	33	20	6841	12·32	6077	11·62	
														na 555	—	14·3%	4·8%	3%	—	18·9%	4·3%	—	—	5·9%	3·6%					

* Sutki.

padków razem, — w drugiej zaś dni leczenia przypadków niepowikłanych (patrz tabl. str. 805).

Z porównania i rozejrzenia się w powyższych tablicach odczytać możemy następujące dane:

Znany wpływ pór roku na pojawienie się róży u kobiet jest ledwo widoczny, natomiast u mężczyzn występuje wybitnie; najliczniejsze zasłabnięcia przypadają na jesień i pierwszą połowę zimy, najrzadsze na koniec zimy i gorący sierpień. (Dok. nast.)

II. Niedokrwistość złośliwa postępująca. *Anaemia perniciosa progressiva, anaemia Biermeri.*

Wyjątek z rękopisu dodatkowego zeszytu dzieła „Nauka o chorobach wewnętrznych“, wydawanego przez prof. W. Jaworskiego.

Napisali

Prof. Edward Korczyński i **Dr. Stanisław Szurek,**
Dyrektor kliniki lek. U. J. Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy)

Szpik, jak powiedzieliśmy wyżej, popada w stan czynnościowego podniecenia i rzeczywiście C. Wood, a za nim Cohnheim, stwierdzili, że w większości przypadków niedokrwistości złośl. postęp. szpik kości długich, u osób dorosłych tłuszczowy, zamienia się w tak zw. szpik limfoidalny (płodowy), oczywiście o ile ten szpik zdolny jest do takiego przekształcenia się i o ile czynnik zwyradniający nie jest na tyle silny, by tę przemianę hamował. Ten powrót do utkania płodowego szpiku kostnego jest zjawiskiem jakby celowem, doniosłej dla ustroju wagi. Przed tą destrukcyą krwi, jaka jest niedokrwistość złośliwa, ratuje się ustrój, a ratuje się przez ów, jak go nazywa Ehrlich „powrót do stanu płodowego“ (Rückschlag ins Embryonale). Przez ten powrót do stanu płodowego, który jednak nie jest jedynie i wyłącznie właściwym niedokrwistości złośliwej, szpik, pobudzony do wzmożonej pracy twórczej, może wydatniej teraz pracować celem wyrównania zakłóconej równowagi. Destrukcya jednak jest większa, aniżeli wytwarzanie nowych dojrzałych pierwiastków. I wynikiem tej walki między rozpadem a odtwarzaniem krwi jest pojawienie się we krwi niedojrzałych postaci krwinek czerwonych. Szpik wysyła najpierw makro- i mikrocyty; kiedy to nie wystarcza, wypłukane zostają normoblasty, a jako ostatnia rezerwa zjawiają się we krwi krążącej megaloblasty. Praca twórcza szpiku jest u swego kresu, a czy dojdzie do tego kresu, zależy znów od nasilenia sprawy rozpadowej (*haemolysis*), okresu sprawy i czynnościowej sprawności szpiku.

Jaką jest istotna przyczyna tego zwyrodnienia? Tu dalej, jak poza granice przypuszczeń, jakkolwiek bardzo możliwych, nie możemy się posunąć. W etyologii wszelkich zwyrodnień pewne trucizny lub jady zdają się być właściwym czynnikiem chorobotwórczym. Tak i tu większość autorów przyjmuje za istotną przyczynę choroby jady, wytworzone w ustroju lub z zewnątrz wprowadzone *(toxaemia)*; my zaś dodalibyśmy: tylko w pewnej liczbie przypadków, w innych zaś skłonni bylibyśmy przyjąć gorszą jakość (asteniczną) wytworzonych pierwocin, większą ich wrażliwość, która sprawia, że ten materyał komórkowy już w fizyologicznych warunkach szybciej niszczeje, łatwiej ulega rozmaitym szkodliwym wpływom, ma okres życia krótszy. Niedokrwistość złośliwa postępująca byłaby więc w pewnych przypadkach zatruciem, wywołującem rozpad krwinek (hemocytolityczną toksemią), w innych zaś „erytrocytonekrobiozą“.

Być może także, że na patogenezę tej ciekawej choroby lub pewnych jej tylko postaci nauka czasów najnowszych o hemolizynach rzuci kiedyś światło. Być może, że w pewnych warunkach wskutek zboczeń w chemizmie ustroju tworzą się pewne „autohemolityczne“ substancye, wnikające do surowicy krwi i sprowadzające powolne, ale ciągłe obumieranie krwinek czerwonych. Niedokrwistość złośliwa postępująca byłaby wtedy pewną niedokładnością w chemicznej pracowni ustroju, toksycznem zaburzeniem wymiany materyi w pierwszym rzędzie, a w drugim surowicy krwi. Wobec tego zaś, że tylko pewne osoby zdają się posiadać skłonność do tej choroby, pewne wadliwości w samej sprawie rozwojowej nie byłyby także bez znaczenia, jako czynnik drugi w powstawaniu tej choroby.

Grawitz, którego zdaniem niedokrwistość złośliwa postępująca nie jest samoistną chorobą krwi, a tylko rzadko cierpieniem narządu krwiotwórczego, w którego mniemaniu sprawa ta również prawie zawsze powstaje u osób, do niej skłonnych, przez przewlekle działające czynniki szkodliwe, zwłaszcza jady, kładzie nacisk na konieczność etyologicznego jej podziału i przyjmuje następujące jej postacie: 1) najważniejsza i najczęstsza, powstająca przez wessanie z przewodu pokarmowego enterotoksyn do krwi żyły wrotnej, a temsamem do ogólnego krążenia, tak zw. postać jelitowa; 2) w następstwie przewlekłych krwotoków (wrzód żołądka ukryty, nadżerki krwotoczne błony śluzowej żołądka, owrzodzenia jelit, guzy krwawnicze, choroby macicy, dróg oddechowych i t. d.); 3) w następstwie zmian szpiku kostnego, tak zw. postać osteogenetyczna (mięsak ogólny szpiku kostnego Ehrlich, Grawitz; zapalenie szpiku Leube), a przedewszystkiem w następstwie przewlekłej kiły, jako wynik spraw stwardniających w zakresie kości (Grawitz); 4) w przebiegu ciąży (Gusserow); 5) wskutek niehigienicznych wpływów różnorakiej przyrody, nie wyłączając nawet szkodliwych wpływów psychicznych; 6) w następstwie przewlekłych zatruć np. tlenkiem węgla, prawdopodobnie ołowiem i, być może, arszenikiem.

Przypuszczenie dawniejsze, jakoby niedokrwistość złośliwa postępująca była chorobą zakaźną, przewlekłą (Hunter), nie mogło się utrzymać dla braku dowodów, uzyskanych drogą hodowli lub szczepień na zwierzętach. Jeszcze w r. 1877 opisywał Klebs we krwi takich chorych liczne drobne, niekształtne twory, które nazwał „monadami“; Franhänser znajdował we krwi bakterye i pewne postacie włoskowca (*leptothri*). Również Browicz widział we krwi takich chorych drobne, ruchome, do pasorzytów podobne twory; uznał je jednak za zmarniałe krwinki czerwone, częściowo za twory pochodne od jądra.

Anatomia patologiczna. W czystej i do tego niepowikłanej niedokrwistości złośliwej postępującej oględziny pośmiertne wykrywają wprawdzie pewne i to ciężkie nawet zmiany anatomiczne; żadna atoli z tych zmian nie jest tego rodzaju, żeby można ją uważać za pierwotną przyczynę tej ciężkiej choroby, żeby nie mogła być jej następstwem.

Na obraz anatomiczny składa się przedewszystkiem

znaczna bladość narządów wewnętrznych, obrzęki, wybroczyny i stłuszczenia. Ta bladość narządów nietylko jest następstwem ciężkich zmian we krwi, ale pozostaje niewątpliwie w związku z pomniejszeniem całkowitej ilości krwi, bo z naczyń przeciętych wypływa jej bardzo niewiele. Obrzęki powstają nietylko w tkance podskórnej, ale i we wszystkich jamach surowiczych. Wybroczyny zdarzają się tak na skórze i błonach śluzowych, jak i na błonach surowiczych, a stłuszczenie dosięga często wprost niebywałego stopnia i zajmuje przedewszystkiem mięsień sercowy i nerki.

Ze zmian, do pewnego stopnia swoistych dla niedokrwistości złośliwej postępującej, wymienić należy zmiany na błonie śluzowej żołądka i jelit, polegające na jej zaniku (tak zw. *anadenia ventriculi* E w a l d a), czasem połączone z nadmiernem bujaniem tkanki łącznej międzygruczołowej, a nawet podśluzowej i następowem zgrubieniem i pomniejszeniem całego narządu (*cirrhosis ventriculi* N o t h n a g l a), — powtóre nagromadzenie się większej ilości żelaza w wątrobie (*siderosis*, *haemosiderosis* N a u n y n a), jako następstwo wzmożonego rozpadu krwinek czerwonych, objawiające się już gołemu oku rozlanem zielonawem zabarwieniem powierzchni przekroju, w szpiku zaś kości długich wspomniana już wyżej przemiana szpiku tłuszczowego w czerwony szpik limfoidalny. Przemiana ta szpiku nie jest czemś, cechującem wyłącznie niedokrwistość złośliwą postępującą, ponieważ spostrzegamy ją i w innych chorobach (n. p choroby zakaźne); zdarzają się zaś znów pewne przypadki niedokrwistości złośliwej postępującej, w których tej przemiany niema, lub w małym tylko stopniu się pojawia (tak zw. postać aplastyczna). Co do zmian zaś zanikowych w przewodzie pokarmowym, to wielce prawdopodobnym jest tutaj pewien stosunek wzajemności. Niedokrwistość złośliwa postępująca, wywołując stłuszczenie narządów, wiedzie do zaniku błony śluzowej i odwrotnie: zanik pierwotny błony śluzowej przewodu pokarmowego wzniecić może niedokrwistość złośliwą, rzecz oczywista wtórorzędną, rzekomą. Śledziona zachowuje się niejednakowo: raz bywa powiększona, drugi raz pomniejszona, zanikła. W ośrodkowym układzie nerwowym spotykamy dość często ciężkie zmiany organiczne (L i c h t h e i m, M i n n i c h), polegające na krwotokach i ogniskach zwyrodnienia, głównie w rdzeniu kręgowym, i to w części jego szyjnej, jako wynik zatrucia ustroju jadami, które w równej mierze zdołają wywołać zwyrodnienie krwinek czerwonych, jak i układu nerwowego ośrodkowego.

Takim bywa obraz sekcyjny niedokrwistości złośliwej postępującej. Rzecz oczywista, że jeżeli anatom-patolog znajdzie ciężkie organiczne choroby, jak n. p. raka, gruźlicę i t. d., to tak on, jak i klinicysta, powinien uważać niedokrwistość towarzyszącą za wtórorzędną, choćby klinicznie przedstawiała się jako prawdziwa (esencyonalna) Ale takie rozumowanie nie zawsze jest słuszne. Nie ulega bowiem wątpliwości, że podobnie, jak i inne choroby, tak i niedokrwistość złośliwa postępująca wikłać się może z innem jakiemś cierpieniem (*adenocarcinoma ventriculi* K r o k i e w i c z, *tuberculosis pulm.* S z u r e k), które na jej podłożu bujać poczyna tak, że rozstrzygnięcie, czy to jest niedokrwistość złośliwa prawdziwa, powikłana inną chorobą, czy niedokrwistość wtórorzędna, dla braku pewnych cech różniczkowych jest trudne, niekiedy wprost niemożliwe.

S y m p t o m a t o l o g i a. Choroba zakrada się zwykle do ustroju powoli i to zazwyczaj bez żadnej wyraźniejszej przyczyny, a chorzy w przeważnej liczbie przypadków tracą powoli przedewszystkiem łaknienie i skarżą się na pewne dolegliwości żołądkowe, jak wzdęcie, uczucie pełności w brzuchu, zaparcie stolca naprzemian z biegunką. Z postępem choroby ogólne osłabienie i wyczerpanie dochodzi do tego stopnia, że chory przestaje chodzić i kładzie się do łóżka. Teraz skarżyć się poczyna na inne jeszcze dolegliwości, jak bole głowy, zawroty, bicie serca, uczucie ucisku na klatce piersiowej, wielki brak łaknienia, skłonność do wymiotów i tym podobne przypadłości. Kiedy choroba dosięga swego szczytu, wejrzenie chorego jest tak znamienne, że wraża się w pamięć na całe życie. Nadzwyczajna b l a d o ś ć s k ó r y i błon śluzowych z lekkim odcieniem żółtawym sprawia, że chory wygląda jak trup. Chory jakkolwiek blady i wynędzniały, nie okazuje znaczniejszej chery; podściółka tłuszczowa bywa często stosunkowo dobrze utrzymana. Lekkie obrzęki w tkance podskórnej i przesięki do jam surowiczych (opłucnej, otrzewnej) towarzyszą prawie stale tej chorobie. N a r z ą d k r ą ż e n i a czasami nie ulega żadnym zboczeniom, czasami znów zdarza się powiększenie stłumienia serca, buczenie w żyłach i szmery sercowe, skurczowe, wyjątkowo rozkurczowe, w końcowych okresach objawy niedomogi serca. Tętno, zwykle przyspieszone, jest słabo napięte i daje się łatwo ucisnąć, czasami jednak bywa pełne i duże. W j a m i e u s t n e j pojawia się często zapalenie błony śluzowej, a wskutek zakażenia drobnoustrojami gnilnymi powstawać mogą na dziąsłach owrzodzenia, przypominające gnilec. W ż o ł ą d k u stwierdzić można w większości przypadków brak kwasu solnego (*achloria*), lub też jako znamię, dość cechujące tę chorobę, brak soku żołądkowego (*achylia gastrica*), a w zakresie jelit w jednych przypadkach zaparcie, w innych biegunki; nadto wiotkość powłok, wzdęcie i bolesność uciskową brzucha. Nie wolnym od zboczeń, i to ciężkich, bywa także i u k ł a d n e r w o w y; w zakresie nerwów obwodowych spotykamy zwykle zaburzenia w czuciu w postaci znieczuleń lub parestezyi, zniknięcie odruchów, objaw Romberga, czasem zbiór objawów, przypominający wiąd rdzenia (*tabes*); w zakresie p s y c h i c z n y m senność, obojętność, apatyę, zadumę, u innych podniecenia z majaczeniami, czasem typowe napady szału. Od czasu do czasu pojawia się g o r ą c z k a o torze nieregularnym, rzadko przekraczając 39° C., pochodzenia niezupełnie wyjaśnionego. Prawie stale w przypadkach dalej posuniętych jako ważny znak rozpoznawczy, spotykany bardzo rzadko w innych niedokrwistościach, pojawiają się drobne wybroczyny (*petechiae*) na skórze i krwotoki z błony śluzowej jamy ustnej, nosa i górnych dróg oddechowych, wymioty krwawe i t. d., jako wyraz skazy krwotocznej. Wielkie znaczenie rozpoznawcze mają wybroczyny na siatkówce (*retinitis haemorrhagica*), często już we wczesnych okresach tej choroby dostrzegalne. Znamienną w pewnych zwłaszcza razach jest b o l e s n o ś ć k o ś c i, a zwłaszcza mostka i kości goleniowej.

M o c z bywa zwykle wysycony, o wyższym ciężarze właściwym; białkomocz jest jednym z rzadszych objawów. Natomiast szczególniejszej wagi, jako wskazówka zwiększonego gnicia istot białkowych w jelitach, jest znaczniejsza ilość indykanu w moczu i prócz tego hidrobilirubiny, jako znów dowód zwiększonego rozpadu krwinek czerwonych. Zresztą zaś inne składniki moczu, podobnie jak i sama czyn-

ność nerek, nie ulegają żadnym stalszym zboczeniom od stanu prawidłowego.

Rzadkiem powikłaniem jest żółtaczka. Wymiana materyi przy dyecie lekko strawnej ma się dokonywać w granicach zupełnej równowagi (Noorden, Moraczewski, Strauss); wzmożonego rozpadu białka tkankowego w przeciwieństwie np. do chery rakowej, nie można w tej chorobie stwierdzić. (Dok. nast.)

III. Z kliniki laryngologicznej prof. Pieniążka w Krakowie.

Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Ciała obce.

Metoda Killiana największe zastosowanie miała dotychczas przy wydobywaniu ciał obcych z tchawicy i oskrzeli. Od kiedy Killian ją podał, ogłoszono już cały szereg przypadków. Do pewnego stopnia zeszła ona na manowce. Starano się o ile możności wydobywać ciała obce tak z tchawicy, jak i z oskrzeli, zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej; nieudały zabieg przy tej metodzie uważano za pewien rodzaj upokorzenia. Nad wskazaniami zaś, kiedy wydobywać ciała obce przy tracheo- czy też bronchoskopii górnej, a kiedy przy dolnej, wcale się nie zastanawiano. Dlatego też obecnie nie brak już przypadków, w których tracheo- i bronchoskopia górna zawiodła, tak że musiano przystąpić do dolnej. A i równoczesne spostrzeganie chorych wyjaśnia obecnie wskazania i przeciwwskazania do odpowiednich zabiegów. Na podstawie własnego doświadczenia, nabytego przez spostrzeżenia u chorych, leczonych jużto wyłącznie przezemnie, jużto przez prof. Pieniążka, wskazania do tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej określiłbym w sposób następujący:

Do wyjmowania zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej nadają się ciała o powierzchni więcej gładkiej, równej, nie zatykające szczelnie tchawicy, czy też obu oskrzeli; odczyn błony śluzowej w tych razach bywa bardzo nieznaczny; ciała takie, leżąc nawet w głębi oskrzeli i to nawet przez czas dłuższy, mogą oprócz ograniczonego zapalenia oskrzeli nie wywoływać żadnych innych objawów. Ciała, choć nierówne i o ostrych brzegach i końcach, jak kości, blaszki, gwoździe itd., nadają się do wydobycia tą metodą wtedy, gdy ułożenie ich i podłużny kształt usuwa niebezpieczeństwo głębszego zranienia błony śluzowej; niebezpieczeństwem zaś pod tym względem grożą ciała większe, zajmujące znaczną część światła tchawicy, które łatwo wbić się mogą w ściany, wywołując zmiany następowe, jak ropienie podśluzowe, naokoło chrząstek z ich obumarciem i oddzieleniem się. Niebezpieczeństwo pod tym względem jest tem większe, im później ciało obce wyjmujemy, ocena zaś zmian tych w tracheoskopie jest trudna, często niemożliwa. Ciała ostre, już przechodząc przez krtań, tam już wywoływać mogą zmiany zapalne, wymagające same przez się tracheotomii. Ale i podczas samych prób wydobycia zranić mogą błonę śluzową tak tchawicy, jak i krtani i wywołać następowe obrzmienie, wymagające niejednokrotnie następowej tracheotomii. Obawa uwięźnięcia ciała w krtani podczas wydobywania, powinna być wskazówką do tracheotomii.

Tracheotomia wskazaną jest przy ciałach miękkich, kruchych, mogących przy wydobywaniu rozpaść się na drobniejsze kawałki, które równocześnie zatkać mogą oba oskrzela. Szczególnie objawy niedodmy jednego płuca nakazują wykonanie tracheotomii. Nietylko bowiem przy ciałach obcych miękkich i kruchych, ale nawet i twardych, ciało obce łatwo wpaść może podczas wydobywania do drugiego oskrzela i wywołać zupełne zatkanie dróg oddechowych; jeżeli wtedy nie uda się szybko wydobyć ciała obcego, następuje śmierć; przy tracheoskopii dolnej wyjęcie jest łatwiejsze, mniej więc niebezpieczne dla chorego. Niebezpieczeństwo to jest mniejsze, jeżeli oba płuca są wolne; musiałoby chyba nastąpić szczelne zatkanie obu oskrzeli.

Ciała zwłaszcza miękkie, łatwo rozpadające się, zagrażają wywołaniem zmian następowych w oskrzelach i płucach szczególnie wtedy, gdy dłuższy czas przebywają w drogach oddechowych. Do zmian tych należą ropne zapalenia oskrzeli, ich rozszerzenia, zmiany następowe w płucach, począwszy od nieżytowego ogniskowego zapalenia aż do zgorzeli płuc. W przypadkach tych celem zupełnego usunięcia ciała obcego, a powtóre celem ułatwienia wykrztuszania gromadzącej się wydzieliny, szczególnie u dzieci, wskazana jest tracheotomia, konieczna zaś u dzieci małych, u których wykrztuszanie jest niewystarczające.

Wzgląd brać musimy i na wiek chorych; obrzmienie błony śluzowej krtani, choćby nieznaczne, u dzieci małych wywołać może zwężenie i potrzebę tracheotomii.

Zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej usuwać możemy ciała obce nawet i u najmłodszych dzieci; i tak usunąłem kość z prawego oskrzela u dziecka 9-miesięcznego. O wiele jednak poniżej tego wieku prawdopodobnie zejść nie będziemy mogli, gdyż bardzo mały kaliber tracheo- i bronchoskopów, którychby należało użyć u tak małych dzieci, uniemożliwiłby zarówno przepuszczenie odpowiedniej ilości światła, jak i przeprowadzenie odpowiednich narzędzi.

Ścisłych odrębnych wskazań do tracheo- i bronchoskopii górnej, a odrębnych do dolnej, podać oczywista nie można; obok jakości ciała obcego, siedziby jego, stopnia duszności, czasu przebywania ciała w drogach oddechowych, wieku chorego, ma tu także, i to wielkie, znaczenie osobista wprawa lekarza w takich rękoczynach. Lekarz, dokładnie obeznany z tą metodą, w wielu, nawet groźnych przypadkach, znakomicie metodę tę spożytkować może; lekarz mniej wprawny, dbając przedewszystkiem o życie chorego, powinien w każdym przypadku wątpliwym przystąpić wprost do tracheotomii i tracheoskopii dolnej, jako łatwiejszej.

Pouczające pod tym względem są następujące przypadki:

1) U 13-miesięcznej dziewczynki, która przed dwoma dniami zachłysła się fasolą, badanie wykazało: oddech spokojny, rozszerza się jednak tylko lewa strona klatki piersiowej, po prawej słyszalny tylko ostry szmer zwężenia; odgłos wypukowy po stronie prawej tępy. Ciało obce tkwiło więc w oskrzelu prawem, wywołując objawy niedodmy. Wyjęcie ciała obcego przy tracheoskopii górnej. Prof. Pieniążek usunął najpierw połowę skórki z częścią fasoli, przy drugiej próbie wydobycia prawie połowę fasoli, którą musiano wyjąć razem z tracheoskopem. Równocześnie skutkiem opadnięcia drugiej połowy do oskrzela

lewego powstał zupełny bezdech. Usiłowania wydobycia drugiej połowy najpierw przy tracheoskopii górnej, potem przy dolnej, nie odniosły skutku, dziecko udusiło się. Przy nekroskopii, wykonanej w Zakładzie anat.-patol. U. J. przez prof. Ciechanowskiego, znaleziono drugą połowę fasoli w głębi lewego oskrzela, częściowo w oskrzelu, prowadzącem do górnego płatu. Trudność wydobycia ciała obcego polegała na tem, iż z powodu wązkości oskrzela nie można było odpowiednio rozszerzyć szczypczyków, by w całości objąć fasolę.

Czy w tym przypadku wyjęcie ciała obcego wprost przy tracheoskopii dolnej uratowałoby dziecko, trudno powiedzieć; byłoby ono w każdym razie łatwiejsze, a to ze względu na większą szerokość tracheoskopu i przybliżonego pola działania.

Podobny przypadek opisuje Eichen: u dziecka 3½-letniego przy wydobywaniu fasoli z lewego oskrzela zapomocą tracheoskopii górnej pękła fasola na kilkanaście kawałków; kawałki te Eichen wydobył, ze względu jednak na to, że jeszcze mogły pozostać resztki, wykonał jeszcze i tracheotomię z następową tracheoskopią dolną, przy której jednak ciała obcego nie zauważono. Po pewnym czasie rurkę tchawiczną usunięto. Po wygojeniu się już rany tracheotomijnej silny napad duszności, tracheotomia, wykrztuszenie po niej resztek błony fasoli.

W tym przypadku tracheotomia, odrazu wykonana zapobiegłaby niebezpieczeństwu uduszenia się dziecka i przyspieszyłaby czas leczenia.

2) U dziecka 9-miesięcznego wyjąłem kość ostrą, czworograniastą, z prawego oskrzela przy pomocy tracheoskopii górnej. Obok objawów niedrożności oskrzela prawego w dniu wyjęcia było już zapalenie płuca prawego z wydzieliną ropną i gorączką. Z powodu, iż duszność zupełnie nie ustąpiła, przypuszczając obrzmienie krtani, założyłem tubus O'Dwyera. Dziecko nosiło ten tubus przez 7 dni, oddech był przy tem spokojny; siódmego dnia śmierć. Sekcya wykonana w Zakładzie anat.-pat. U J. przez prof. Ciechanowskiego wykazała głębokie odleżyny w krtani; w środkowej linii przedniej ściany tchawicy szereg wrzodzików odleżynowych ponad pierścieniami chrząstnymi; w okolicy 6—10 pierścienia wrzodziki sięgają aż do obnażonej chrząstki. Poniżej widać nieregularne ubytki błony śluzowej, podobne do wrzodów odleżynowych, zajmujące prawą ścianę tchawicy i początek głównego oskrzela prawego, a także cały klin podziałowy tchawicy. Wreszcie stwierdzono zapalenie obustronne płuc. Odleżyny krtani i tchawicy tłómaczą się w tym przypadku obsuwaniem się ciała obcego ku dołowi.

Czy w podobnym przypadku tracheotomia ocaliłaby chorego, trudno ocenić; w każdym jednak razie wykrztuszanie byłoby łatwiejsze, a może i mniej szybko doszłoby do tak znacznych zmian w krtani.

W trzecim przypadku wydobyłem wprost przy tracheoskopii górnej kość, tkwiącą częściowo w krtani, częściowo w górnej części tchawicy i wywołującą znaczną duszność. Po tym zabiegu duszność chwilowo wprawdzie się zmniejszyła, ale nie ustąpiła zupełnie, w godzinę zaś musiałem wykonać tracheotomię z powodu znacznego pogorszenia się oddechu, wywołanego przez następowe obrzmienie błony śluzowej w okolicy podwięzadłowej.

Czy przy ciałach, uwięzłych w drugo-, czy trzeciorzędnych oskrzelach, zawsze musimy używać bronchoskopii i dotrzeć aż do ciała obcego? W jednym przypadku wyjął prof. Pieniążek odłamany koniec łyżeczki ostrej z oskrzela drugorzędnego przy tracheoskopii tylko górnej, a więc do pewnego stopnia na ślepo. Sądzę, że wobec ciał obcych, nie mogących wywołać obrażenia, nie powinniśmy koniecznie się silić, by je wydobyć pod kontrolą wzroku; u dzieci wobec wązkości oskrzeli niejednokrotnie będzie to wprost niemożliwe.

Pierwszym obowiązkiem naszym jest ratować życie chorego. W przypadkach więc groźnych należy raczej wykonać tracheotomię, nawet i tam, gdzie są niejakie dane, że powiodłoby się wydobyć ciało obce przy tracheo- lub też bronchoskopii górnej. Tracheotomia sama nie jest niebezpieczną, rana po niej już w krótkim czasie może się wygoić. Wzgląd na niestetyczne wyglądanie blizny nie powinien wchodzić w rachubę tam, gdzie rozchodzi się o życie chorego.

Do wydobycia ciał obcych używa się narzędzi różnych, odpowiednio do jakości i do ułożenia ciała obcego. Do ciał okrągławych, podłużnych, używamy szczypczyków i to albo łyżeczkowatych, o brzegach ostrych, lub też łyżeczki są płaskie, klamerkowate o brzegu albo tępym, albo rowkowanym. Łyżeczki o brzegu rowkowanym nadają się do wydobywania ciał o powierzchni gładkiej, równej; szczypczykami w całości przedmiot możemy objąć. Do ciał o powierzchni chropowatej, nierównej, ale twardych, używamy szczypczyków ostrych; tu niema obawy, by ostry brzeg wywołał pokruszenie się ciała. Szczypczyków płaskich używamy i przy wydobyciu ciał takich, jak fasola, groch itd.; przy tracheoskopii dolnej łatwiej nam objąć ciała takie w całości, przy górnej ze względu na wązkość tak tracheoskopu, jak i kąta rozwarcia ramion szczypczyków, może to być niemożliwe, szczególnie wtedy, gdy ciało obce szczelnie zatyka oskrzele; wtedy trafić się może, iż nie zdołamy wsunąć końców narzędzia pomiędzy ciało obce a ściany oskrzela.

Narzędzia muszą być wogóle cienkie i lekkie, a pomimo tego tak zbudowane, by można użyć nawet pewnej siły.

Obok szczypczyków używany bywa hak; narzędzie to potrzebne jest przy wydobywaniu ciał takich, jak guziki, perełki, odłamane kaniule itd. Hakiem możemy zmienić położenie ciał podługowatych, np. z poprzecznego na pionowe.

Przy ciałach większych, a podłużnych, użyć można pętli. Pętlą kaustyczną przeciąć możemy ciało na części, które potem z osobna łatwiej wydobyć.

Przy ciałach metalicznych użyć możemy magnesu, który wprowadzamy przez tracheoskop lub bronchoskop aż do ciała obcego. Sposobu tego użyto dotychczas zaledwie trzy razy.

Zwężenia innego rodzaju.

Tracheoskopię górną stosowaliśmy dwukrotnie przy ziarninie, powstałej w miejscu blizny potracheotomijnej. Było to u dzieci, u których poprzednio wyjmowałem ciała obce z dróg oddechowych, u jednego przy pomocy tracheoskopii dolnej, u drugiego przy pomocy tracheoskopii górnej, a dopiero następowo wykonać musiałem tracheotomię z powodu obrzmień podwięzadłowych. Leczenie w przypadku pierwszym polegało tylko na przeprowadzeniu tracheoskopu aż poza ziarninę; brzeg tracheoskopu oddzielił w zupełności ziarninę od podłoża, tak iż badanie lusterkiem, dokonane dnia następnego, wykazało na przedniej ścianie tchawicy w miejscu dawnej kępki ziarniny biały nalot. W przypadku drugim, w którym wybujała ziarnina zatykała prawie całe światło tchawicy, pozostawiając tylko półksiężycowaty otwór, usiłowałem pierwotnie usunąć ziarninę w ten sam sposób. Gdy atoli po dwukrotnym zabiegu w zupełności oddzielić się nie dała, użyłem ostrej łyżeczki i szczypczyków. W obu przypadkach zabieg ten wykonano bez uśpienia ogólnego i bez znieczulenia miejscowego.

W przypadkach tętniaków aorty wprawdzie dwukrotnie wykonaliśmy tracheoskopię górną, lecz były to przypadki wątpliwe, gdzie przypuszczaliśmy nowotwór śródpiersia, ugniatający tchawicę. W jednym z tych przypadków wnet po tym zabiegu znacznie zwiększyła się duszność, wymagając następowej tracheotomii.

Tracheoskopia górna może wywołać wprost pęknięcie tętniaka do światła tchawicy. Szczególnie w razie, gdy już poprzednio zdarzało się krwioplucie, i przy znacznej duszności —badanie to wywołać może wprost śmierć. W tych przypadkach w razie istnienia zwężenia zadowolnić się powinniśmy obrazem lusterkowym. Jeżeli duszność jest znaczna, to przystąpić musimy do tracheotomii; tracheoskopia dolna bowiem mniej już naraża chorego na niebezpieczeństwo, choć i tu ono wyłączone nie jest. Wskazana jest ona jednak ze względu na możliwość pomyłki rozpoznawczej.

U 17-letniego chłopca ze znaczną dusznością dopiero zapomocą tracheoskopii dolnej wyłączyć mogliśmy tętniaka tętnicy głównej. U chorego tego obok nieznacznego wola prawostronnego można było stwierdzić: przytłumienie ponad mostkiem i w pierwszem międzyżebrzu po stronie prawej, znaczne zwężenie tchawicy z powodu wpuklania się jej ściany prawej, w miejscu wpuklania się tętnienie. Rozpoznanie wahało się pierwotnie pomiędzy tętniakiem, a ugniatającym tchawicę gruczołem oskrzelowym. Wykonano u chorego tego tracheotomię, a tracheoskopia dolna wykazała: uciśnięty jest tylko sam dół tchawicy, błona śluzowa blada. Choremu założono długą elastyczną kaniulę. Przy następnych tracheoskopiach można było widzieć, jak stopniowo guz tchawicy posuwał się ku górze, wreszcie zupełnie zniknął; równocześnie ustąpiło także tętnienie. Ucisk tchawicy wywołany więc był przez guz jakiś ruchomy, usadowiony pomiędzy tętnicą bezimienną a tchawicą, który nie mogąc po wprowadzeniu rurki (kaniuli) ugniatać tchawicy, powoli posuwał się ku górze. Guzem tym był najprawdopodobniej powiększony gruczoł limfatyczny.

Tracheotomia przy tętniakach wskazana jest dopiero wtedy, gdy niebezpieczeństwo uduszenia wprost zagraża choremu. Wtedy nie mamy do wyboru innej drogi, choćby dla przedłużenia życia chorego. W razie ucisku tchawicy zakładamy rurę elastyczną, mijającą zwężenie; jeżeli i sam dół tchawicy jest uciśnięty, to wtedy zwężenie w zupełności usunąć się nie da, aż do klina bowiem podziałowego rury doprowadzić nie możemy, gdyż brzegi jej zasłaniałyby wtedy wejście do oskrzeli. Rura taka w każdym razie zmniejsza zwężenie, rozpychając ściany tchawicy. W razie ucisku jednego oskrzela zabieg operacyjny nie jest wskazany, jeżeli zaś oba oskrzela są uciśnięte, to ratując chorego od uduszenia, wprowadzamy kaniulę wprost do oskrzela i to do oskrzela mniej uciśniętego. Kaniula, uciskając na wypuklone ściany tchawicy, wywołuje dość szybko odleżynę z następowem przebiciem tętniaka w miejscu najbardziej ścieńczałem. Wobec tego jednak jesteśmy bezsilni. W każdym razie tracheotomia przedłuża życie choremu na kilka, czasami kilkanaście dni.

Zwężenie tchawicy i oskrzeli na tle kiły wywołane być może zmianami w samej ścianie tchawicy i oskrzeli lub też w ich otoczeniu. Zmiany w samych ścianach zdarzają się albo pod postacią kilaków lub też nacieku rozlanego. Zmiany w otoczeniu najczęściej towarzyszą zmianom w ścianach, a występować mogą pod postacią nacieku rozlanego, obejmującego tchawicę lub oskrzele, lub też pod postacią nacieku ograniczonego do sąsiadujących gruczołów okołotchawiczych i okolooskrzelowych. Powiększenie gruczołów polegać może albo na odczynie zapalnym lub też tworzą się w gruczołach typowe kilaki. Zmiany następowe polegają na wytworzeniu się zwężającej blizny po wygojonych wrzodach lub grubej tkanki bliznowatej po naciekach.

Leczenie zwężeń na tle kiły jest trudne. Największe prawdopodobieństwo wyleczenia dają ograniczone kilaki. Guzowata ich postać, zwężając tchawicę, wywołuje duszność i sprawia, iż pacyent stosunkowo rychło zwraca się do lekarza. Leczenie w tych przypadkach powinno być energiczne. W przypadkach tych wskazane są wcierania szaruchy i to w wielkich dawkach aż do 9 gr. dziennie.

Podawanie jodku potasu nie jest wskazane ze względu na to, że przy niem mogłoby się zwiększyć obrzmienie błony śluzowej, które, choćby nawet było nieznaczne, to zajmując jednak także i część zwężoną, może powiększyć duszność i zmusić do tracheotomii. Kilaki pod wpływem leczenia mogą uledz zupełnemu wessaniu. Tracheotomia wskazana jest dopiero wtedy, gdy choremu grozi wprost niebezpieczeństwo uduszenia się. W razie usadowienia się kilaków w górnej części tchawicy wskazana jest tracheotomia dolna, unikamy bowiem wtedy ucisku rurki (kaniuli) na kilak. Rurka, ugniatając na kilak, może albo wywołać rozpad jego, albo też, jeżeli istnieją już owrzodzenia, rozpad zwiększyć. Przy nizkiem usadowieniu się kilaka musimy przez miejsce zwężone przeprowadzić rurkę (kaniulę). Kilak, usadowiony tuż ponad klinem podziałowym, może zagrażać wprost śmiercią z uduszenia. Chcąc przeprowadzić rurkę poniżej zwężenia musielibyśmy tedy oprzeć ją wprost na klinie lub też wprowadzić do jednego z oskrzeli. Pierwsze nie zawsze usunie zwężenie, bo obrzmiały zwykle klin zatkać może koniec rurki; wtedy pozostaje tylko wprowadzenie rurki wprost do oskrzela. W tych groźnych przypadkach niejednokrotnie wskazanem będzie wprost usunięcie kilaka zapomocą np. wyłyżeczkowania.

Wykonawszy tracheotomię, przerywamy energiczne leczenie szaruchą, zadaniem jego bowiem było właśnie niedopuszczenie do tracheotomii. Przez tracheotomię ratujemy wprawdzie chorego od grożącej mu śmierci, jednakże, jeżeli przeprowadzić musimy rurkę przez miejsce zwężone, to tracheotomia niekorzystnie wpływa na samą sprawę chorobową, a to przez to, że rurka na miejsce zwężone ugniata. Polecamy wtedy wcierania szaruchy po 3 gr. dziennie i jodek potasu, nie zważając już na możliwość obrzmienia po tym środku. Wcierania szaruchy po 9 gr. dziennie, pomimo dokonanej tracheotomii wskazane są wtedy, gdy kilaki usadowiły się bardzo nizko.

Niebezpieczeństwo rozpadających się kilaków leży w następowem wytworzeniu się ściągającej blizny; przy głębokich owrzodzeniach przyjść może do zapalenia ochrząstnej, zwapnienia, oddzielenia się chrząstek; oddzielone chrząstki mogą albo być wykrztuszone na zewnątrz, albo też zatkać tchawicę lub oskrzela. Wskutek obumarcia chrząstek i wypadnięcia ich, może tchawica po wygojeniu się sprawy chorobowej zapaść się. Kilak rozpadający się może wreszcie

przebić do sąsiednich narządów, jak do śródpiersia, przełyku, większych naczyń i t. p.

Częstszą postacią zmian kiłowych jest naciek rozlany; może on zajmować znaczne przestrzenie tchawicy i przechodzić dalej bezpośrednio na oskrzela, nawet trzeciorzędne. Nacieki te, rozpadając się, wytwarzają wrzody okrężne lub podłużne, przechodzące wtedy czasem wprost na oskrzela. Wrzód może w jednem miejscu się wygoić, pozostawiając promienistą bliznę, gdy naciek szerzy się jeszcze ciągle dalej.

Leczenie polega na tych samych zasadach, co przy pojedynczych kilakach. Tracheoskopia górna tak przy nacieku rozlanym, jak i ograniczonym, tj. kilakach, jest przeciwwskazana.

Przy naciekach wreszcie, szerzących się w sąsiedztwie tchawicy, czyto rozlanych, czyto powstałych w pojedynczych gruczołach w postaci kilaków, kaniula, nie uciskając wprost na naciek, nie działa tak szkodliwie, jak przy naciekach śródtchawiczych. Często jednak łączą się nacieki śródtchawicze i śródoskrzelowe z okołotchawiczymi i okołooskrzelowymi.

Zwężenie jednego oskrzela nie wymaga żadnego zabiegu. Jeżeli oba są zwężone, to wprowadzamy rurkę do oskrzela mniej zwężonego. Wobec zajęcia drugorzędnych oskrzeli po obu stronach jesteśmy ograniczeni tylko do leczenia ogólnego rtęcią i jodem. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. dr. Otto Lubarsch. **Die allgemeine Pathologie. Ein Hand- und Lehrbuch für Aerzte und Studierende.** I Band 1 Abtheilung. Wiesbaden 1905 Str. 317.

Znany badacz na polu anatomii patologicznej, wydawca doskonałego wydawnictwa peryodycznego p. t. „Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere“, które od lat dziesięciu w szeregu krytycznych referatów zbiorowych odzwierciedla postęp nauki w dziedzinie patologii, podjął dzieło na wielką zakrojone skalę. Lubarsch rozpoczął wydawnictwo dzieła, które w przeciwstawieniu do dość licznych zresztą nowszych niemieckich podręczników ogólnej anatomii patologicznej ma być podręcznikiem patologii ogólnej, a zatem dzieła, w którem obok morfologii ma być w równej mierze uwzględniona fizyologia patologiczna, a nadto w którem teorye naukowe mają być przedstawione w związku z odpowiedniemi zjawiskami klinicznemi.

Trzeba przyznać, że należyte opracowanie tak pojętego podręcznika patologii ogólnej, przedstawiającego rzecz wyczerpująco i krytycznie, wymaga nietylko ogromnego nakładu pracy, ale zarazem takiej wszechstronności autora w dziedzinie patologii, jaka przy dzisiejszym stanie nauki stanowczo przekracza możność jednostki. To też zarzut jednostronności w traktowaniu rzeczy można uczynić niemal wszystkim nowszym podręcznikom patologii ogólnej, nawet tak obszernemu i to zbiorowemu dziełu, jak sześciotomowa „Patologia ogólna“, wydana przez Boucharda, w której wyniki badań doświadczalnych i histologicznych w różnych działach bardzo nierównomiernie są uwzględnione.

Sądząc z pierwszego zeszytu, który obejmuje patologię ogólną komórki, zaburzenia krążenia w przekrwieniu miejscowem, niedokrwieniu, naukę o krwotoku, obrzęku, zakrzepie, zatorze i przerzutach, oraz ogólne zaburzenia krążenia, powstałe wskutek chorób serca, naczyń i zmian we krwi krążącej, rozpoczęte dzieło Lubarscha, zwłaszcza w ostatnich rozdziałach zeszytu pierwszego, niezupełnie odpowiada temu, co w przedmowie autor zapowiedział, a mianowicie i tutaj, podobnie jak w przeważnej części podręczników niemieckich, morfologia jest znacznie więcej uwzględniona, niż fizyologia patologiczna. Należy jednak uznać, że pod tym względem podręcznik Lubarscha przewyższa inne nowsze książki niemieckie, dążenie bowiem do uwzględniania wyników badań fizyologiczno-patologicznych wyraźnie się w nim zaznacza, można mieć przeto nadzieję, że dzieło to, którego założenie odpowiada rzeczywistej potrzebie, w piśmiennictwie podręcznikowem będzie stanowiło pewien postęp.

K. Klecki.

V Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Einhorn. **Leczenie radem raka przełyku.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 44a, 1905). Siedmiu chorych z rakiem przełyku poddawał autor w szpitalu niemieckim w Nowym Yorku miejscowemu leczeniu radem. Wprowadzał on mianowicie aż do miejsca zwężenia kapsułkę z radem, przyśrubowaną do dolnego końca cewnika z przetyczką (mandrynem). Po natrafieniu na opór zwężenia wyciągał przetyczkę, a wolny koniec cewnika przymocowywał nitką do ucha chorego na przeciąg $^1/_2$—1 godziny codziennie. Po wyjęciu cewnika z przełyku odśrubowuje się kapsułkę z radem w celu dokładnego oczyszczenia całego przyrządu. Po upływie pewnego czasu (kilkanaście dni do półtrzecia miesiąca) można było stwierdzić u wszystkich chorych pod względem podmiotowym znaczną poprawę w łykaniu, a przedmiotowo zgłębnikiem przywrócenie do pewnego stopnia drożności przełyku. Należy zauważyć, że przy całem tem postępowaniu możliwość mechanicznego stopniowego rozszerzania przełyku autor wprost wyklucza, gdyż cewnik wprowadzał zawsze bez użycia jakiejkolwiek siły. Sam zabieg chorzy zawsze dobrze znosili. *Wilczyński.*

Prof. Eulenburg. **Antytyreoidyna w chorobie Basedowa.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 44a, 1905) Obok obu dziś w chorobie Basedowa stosowanych przetworów organoterapeutycznych, t. j. wprowadzonego przez Burgharta i Blumenthala „rhodagenu“ i t. zw. „Basedowsanu“, posiadamy jeszcze trzeci preparat, zalecony przez Moebiusa, a wyrabiany przez Mercka, t. zw. »*thyreoidserum*« (= *Antithyreoidin* Moebius). Podczas gdy „rhodagen“ stanowi suchy i sproszkowany, „Basedowsan“ zaś płynny wyciąg z mleka kóz, którym wycięto gruczoł tarczowy, antytyreoidyna jest natomiast surowicą, otrzymywaną z baranów tyreoidektomowanych; w handlu znajduje się ona w 10 cm.^{3} flaszeczkach, zmieszana z małą ilością $^1/_2$ prc. karbolu dla uniknięcia zepsucia. Doświadczenia, jakie w bieżącym roku ze środkiem tym zrobiono, przemawiają zgodnie na jego korzyść i zdają się zapewniać mu trwalsze stanowisko w skarbcu lekarskim. Autor stosował antytyreoidynę w 11 przypadkach, z których 7 bliżej spostrzegał i opisał: podawał on ją na wewnątrz w dawkach z początku coraz większych, następnie zaś mniejszych: w pierwszym dniu rozpoczynał chory 3 razy dziennie po 10 kropli, podnosząc ilość tę w trzecim dniu na 15, w piątym na 20, w siódmym na 25, w dziewiątym na 30 kropel (dziennie zatem 90 kropel). Dawki tej autor już nie przekraczał, jakkolwiek niektórzy stosują na raz i po 5 grm. Od 11-go dnia począwszy, zmniejszał chory dawki z powrotem tak, że mniej więcej w 18-tym dniu zużywał piątą flaszkę antytyreoidyny. Wówczas robiono przerwę jednotygodniową i albo na nowo rozpoczynano całą kuracyę w powyżej opisany sposób, albo też czas jakiś chory stale zażywał po 10—20 kropel 3 razy dziennie. W ogólności zużywał chory 6—10 flaszeczek w ciągu 32—50 dni. Ponieważ smak samej antytyreoidyny ze względu na dodatek karbolu jest przykry, zaleca się zatem podanie jej w soku malinowym. *Wilczyński.*

Ruhemann. **O działaniu moczu ludzkiego na kwas jodowy i jod i opinia Eschbauma i Krafta o urykometrze Ruhemanna.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 39, 1905). Kwas jodowy, dodany do moczu ulega odtlenieniu: odtleniająco działa kwas moczowy. Wolny jod zostaje w znacznej części związany następowo przez kwas moczowy, najsilniej zaś wiążąco działa kwas acetooctowy. Stąd w moczu, zawierającym kwas acetooctowy, po dodaniu kwasu jodowego i chloroformu i po wstrząśnieniu chloroform wcale się nie zabarwi na fiołkowo, co występuje zawsze w moczu prawidłowym. Riegler podał ten objaw, jako odczyn znamienny dla kwasu acetooctowego. Według autora oddziaływanie to najczęściej wskazuje na kwas acetooctowy, ale i inne ciała, jak kwas β-oksymasłowy, fenol,

antypiryna i aspiryna mogą je wywołać, gdyż także wiążą jod. Autor przytacza dalej porównawcze badania nad dokładnością obliczenia kwasu moczowego jego urykometrem, którego zasada polega na oznaczaniu ilości jodu, związanego przez kwas moczowy. Wyniki zgadzają się wcale dobrze z metodami ścisłemi. Przeszkadza jednak dokładności obliczenia znaczna ilość żółci, krwi, białka, antypiryny i aspiryny i oczywiście kwasu acetooctowego, który jednak można eterem wykłócić. *Mostowski.*

Jolles. **Wykrycie pentoz w moczu.** (*Zentralblatt für innere Medicin* Nr. 43, 1905). Jako pewną próbę na pentozy, odróżniającą je zwłaszcza od kwasu glikuronowego, z którym je łatwo pomylić, poleca autor następujący sposób: do 10—20 cm.³ moczu dodaje się nieco fenylhidrazyny i octanu sodowego, gotuje się w łaźni wodnej godzinę i pozostawia następnie około 2 godzin w zimnej wodzie. Po przesączeniu przez sączek azbestowy i po przemyciu pozostałego na nim osadu wodą, wkłada się cały sączek wraz z osadem do kolby, dolewa się do niej 20 cm.³ wody przekroplonej, 5 cm.³ stężonego kwasu solnego i przekrapla (destyluje) około 5 cm. do epruwetki, zawierającej nieco wody. W razie obecności pentoz daje 1 cm.³ przekroplonego rozczynu z 4 cm.³ odczynnika Biala (1 grm. orcyny i 500 grm. stężonego kwasu solnego + 20—30 kropel 10 prc. chlorku żelazowego) wyraźne zabarwienie zielone. Próba ta daje ewentualnie wynik dodatni nawet i przy obecności większych ilości cukru gronowego. *Wilczyński.*

Prof. Jürgensen. **Nadużywanie leków przeczyszczających w przewlekłem nawykowem zaparciu stolca.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 44a, 1905). W codziennej praktyce lekarze z małymi wyjątkami i dzisiaj jeszcze szafują zbyt lekkomyślnie i bezkrytycznie środkami przeczyszczającymi. Dogadza to z jednej strony oddawna zakorzenionym przesądom wśród publiczności, która zawsze i wszędzie żąda natychmiastowych i widocznych skutków leczenia, nie bacząc na jego późniejsze, częstokroć ujemne następstwa; z drugiej zaś strony przepisanie tego lub owego środka jest wygodniejszą i łatwiejszą do spełnienia dla lekarza i chorego rzeczą, aniżeli przestrzeganie odpowiedniej dyety i całego szeregu fizykalnych metod leczenia (mechano-hidro-elektroterapia), wymagających wiele częstokroć czasu, trudu i kosztów. Nawet i w przypadkach, gdzie tych ostatnich metod leczenia z jakichkolwiek bądź powodów przeprowadzić się nie da, lekarz nie powinien być skorym do zapisywania środków przeczyszczających, pamiętając zawsze, iż pierwszą zasadą według słów Ewalda jest w leczeniu przewlekłego zaparcia stolca obchodzić się o ile możności bez leków czyszczących. Autor jest z własnego doświadczenia zwolennikiem niewinnych ziółek, z których jako przykład 3 mieszaniny przytacza: I. *flor. tiliae, flor. sambuci, flor. chamom., hrb. menth. pip., rhiz valerian aa.* II. *flor. arnica, flor. verbasci, flor. chamom., hrb. menth. pip., rhiz. valerian. aa.* III. *flor. arnicae, flor. verbasci, hrb. rosmar., rad. bardanae, rad. liquir. aa.* Z ziół tych 2 łyżki zaparza chory mniej więcej 2 filiżankami gotującej się wody i po 1/4 godzinnem odstaniu wypija na czczo w 2 porcyach w odstępie kwadransa, poczem dopiero w 1/2 godziny spożywa śniadanie. *Wilczyński.*

Kernig. **Przypadek duru brzusznego wśród niezwykłych okoliczności.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 44a. 1905). Chora 19-letnia, czując się już od kilku dni niezdrową, wyszła w czasie styczniowych rozruchów w Petersburgu na ulicę, gdzie została w brzuch postrzeloną. Po przewiezieniu do szpitala stwierdzono wlot postrzału na prawo od linii środkowej poniżej pępka, wylot zaś w okolicy spojenia chrząstkowego krzyżowo-biodrowego. Przy otwarciu jamy brzusznej znaleziono w niej pewną ilość krwi, a jelito kręte (ileum), zwłaszcza w części dolnej, poprzestrzelane w licznych miejscach tak, że chirurg zmuszony był wyciąć kawałek jego długości 98 cm. i wytworzyć przetokę krętniczo-okrężniczą (ileo-colostomia). Po ustąpieniu zapadu przebieg gojenia się samej rany był całkiem prawidłowy. W ciągu dalszego jednak pobytu chorej w szpitalu stwierdzono w niej dur brzuszny o lekkiem natężeniu (typowy przebieg gorączki, ostry obrzęk śledziony, stolce grochówkowate, odczyn diazowy, dodatni odczyn Widala). Jako potwierdzenie klinicznego rozpoznania wykazało późniejsze badanie przypadkowo zachowanego wyciętego kawałka jelita, zmiany w kępach Peyera i gruczołach odosobnionych, odpowiadające w zupełności wstępnemu okresowi duru brzusznego. Pomimo, iż równocześnie w Petersburgu panowała ciężka epidemia, przypadek zakończył się pomyślnie; być może — jak autor przypuszcza — dlatego, że główne siedlisko choroby, jelito kręte, przypadkowo zawczasu zostało wycięte. *Wilczyński.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Prof. Vahlen. **O nowym, skutecznym, w wodzie rozpuszczalnym składniku sporyszu.** (*Deuts. med. Wochs.*, 1905, 32). Dążeniem współczesnem jest nietylko wydzielić z leków surowych składniki istotnie działające, ale także określić je ściśle pod względem chemicznym. Odróżnione naprzód przez Koberta dwa składniki sporyszu, różniące się swem działaniem na ustrój, t. j. kwas sfacelinowy (wywołujący zgorzel rojniczą) i kornutyna (wywołująca kurcze) nie były chemicznie ściśle określonymi związkami, jak nią nie była także wydzielona później przez Jacobjego sfacelotoksyna (również wywołująca zgorzel). Wszystkie te trzy ciała, w wodzie nierozpuszczalne, były zdolne wywołać skurcze macicy. Dopiero Vahlenowi powiodło się przed rokiem uzyskać ze sporyszu nowe ciało, w wodzie rozpuszczalne, nie wywołujące u zwierząt ani zgorzeli, ani kurczów, natomiast działające na macicę. Ciało to nazwał V. clavina. Odkrycie to dostarczyło naukowego uzasadnienia dla używanych oddawna wodnych wyciągów sporyszu. Okazało się dalej, że clavina jest jedynym ze składników sporyszu, dającym się ściśle chemicznie określić, a mającym według V. wzór: $C_{11}H_{22}N_2O_4$. W stanie czystym jestto krystaliczny proszek; z jego rozczynu wyskokowego można uzyskać większe pryzmatyczne kryształy, które można przestalać przez ostrożne ogrzewanie, a które są nierozpuszczalne w wyskoku bezwzględnym, eterze, rozpuszczają się zaś w wodzie i w wyskoku rozcieńczonym. Ponieważ u zwierząt nawet spore ilości claviny nie wywoływały nietylko zgorzeli, ani kurczów, ale żadnych wogóle szkodliwych skutków, natomiast działały swoiście na macicę ciężarną, przeto nie wahano się użyć tego leku u ciężarnych kobiet, mianowicie w klinice Bumma w 4, w klinice Veita w 2 przypadkach, wstrzykując podskórnie 1,01—0,02 w 2 prc. rozczynie wodnym, poczem nastąpiły regularne i silne bole, chociaż przedtem były bardzo słabe lub wskutek wyczerpania mięśnia macicznego ustały. Dalsze próby prowadzą się w klinikach Veita, Bumma i Franza. W stanie suchym clavina nie zmienia się, natomiast rozczyny rychło mętnieją (znosząc zresztą gotowanie, konieczne do wyjałowienia); dlatego rozczyny należy sporządzać dopiero przed samem użyciem. Najdogodniejsze do tego celu są kołaczyki, zawierające po 0,02 leku, wyrobu Mercka. Jeden ich gatunek, z cukrem, przeznaczony jest do zażywania, drugi, zawierający po 0,08 NaCl, rozpuszcza się w 1 gr. wody do wstrzykiwań. *M.*

Bussala. **O cięciu na umierającej i zmarłej ciężarnej z wadą serca.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 38). B. podnosi wielkie trudności rokowania wobec umierającej z powodu wady sercowej i przytacza na dowód 1) przypadek Füth, w którym po operacyi nastąpiła poprawa stanu przez dni kilka, potem dopiero śmierć z powodu udaru mózgowego (Ref. w „Przegl. lek." 1905, Nr. 27) i 2) przypadek Rungego, dotyczący wieloródki w VIII. miesiącu ciąży, umierającej z powodu wady sercowej. Ponieważ tętno płodu było wyraźne, namyślano się, czy operować zaraz, czy też czekać na śmierć matki lub pogorszenie się tętna płodu. Wśród tego stwierdzono bole i ujście do połowy rozwarte. Po obrocie miano trudności z wytoczeniem główki tak, że płód omdlały wkrótce umarł. Stan matki szybko się poprawił. Zdaniem B. należy w podobnych przypadkach przy oznaczaniu chwili operacyi kierować się głównie tętnem płodu, co pozwala niekiedy uniknąć przykrej operacyi na umierającej. I tak zdarzył się autorowi przypadek, w którym, mając przed sobą ciężarną, umierającą z powodu wady sercowej, lecz z dobrem tętnem płodu, mógł czekać i wykonać operacyę z pomyślnym skutkiem dopiero w chwili śmierci matki. Dodatkowo opisuje B. przypadek Potena, w którym P. wykonał cięcie cesarskie na ciężarnej, pozornie umierającej z powodu drgawek porodowych. Nietylko udało się płód docucić, lecz i matka wyzdrowiała. *B. Wojciechowski.*

C. Bucura. **Stosunek płci noworodków ze szczególnem uwzględnieniem płodów wymiękłych (zmacerowanych).** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 39). Collin wykazał statystycznie, że na 1000 zmarłych dziewcząt w czasie porodu wypada 1475 chłopców; zaś na 1000 wymiękłych (zmacerowanych) dziewcząt tylko 952 chłopców. Tłómaczono to sobie w ten sposób, że chłopcy, jako silniej rozwinięci, bywają więcej narażeni na urazy w czasie porodu; dziewczęta zaś, jako wątlejsze, ulegają łatwiej zaburzeniom w odżywieniu i chorobom. Kontrola tych wyników, przeprowadzona na 40.119 porodach, wykazuje w przybliżeniu zgodność pierwszej liczby (1000: 1407); stosunek zaś liczby wymiękłych dziewcząt do chłopców przedstawia się odwrotnie (1000: 1155). Najprawdopodobniej odgrywa tu rolę przypadek. *B. Wojciechowski.*

H. J. Kreutzmann. **Pro domo.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 38). Autor występuje ponownie przeciw przytwierdzeniu macicy do jamy brzusznej. Jeżeli się unika słusznie zrostów i powstawania postronków przy każdej operacyi w jamie brzusznej, to nie jest usprawiedliwionem stwarzanie umyślnie tych stanów. Zamiarem operacyi jest wprawdzie sprowadzenie luźnych zlepów, tymczasem nie mamy dotąd metody, którąby zdołał zapobiedz zrostom ścisłym,

silnym, które tak często już wywoływały poważne powikłania w czasie ciąży i porodu. Obrońcy tej operacyi podnoszą, że powikłania poważniejsze zdarzają się bardzo rzadko: jest to jednak argument niewystarczający, gdyż tylko taka operacya z powodu tyłopochylenia macicy może mieć racyę bytu, która daje bezwzględną pewność późniejszego zdrowia operowanej. Skrócenie więzadeł okrągłych w różnych swych odmianach prowadzi bez niebezpieczeństwa do tego celu. W końcu broni K. wobec Spaetha swego pierwszeństwa co do propozycyi użycia cięcia poprzecznego Pfannenstiela, celem połączenia skrócenia więzadeł okrągłych w kanale pachwinowym z innymi wskazanymi zabiegami w jamie brzusznej. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Fish. **O związku między chorobami jam dodatkowych nosa, a chorobami wewnętrznemi oka.** (*Arch. f. Aug.* 53, Z. 3, 1905). Autor spostrzegał siedem przypadków jednoczesnego zapalenia jagodówki i schorzenia jam dodatkowych nosa, w których z całą pewnością można było stwierdzić zależność zmian zapalnych w oku od chorób zatok czołowych. Często się zdarza, że żadną miarą nie możemy znaleźć tła dla choroby oka; wywiady nie dają nam żadnych wskazówek co do przebycia zakaźnej choroby lub schorzenia ogólnego, podczas gdy właściwa przyczyna może być natury czysto mechanicznej i polegać na zwężeniu lub zamknięciu kanału nosowo-czołowego wskutek obrzęku lub zapalenia. Zmiany chorobowe jam dodatkowych nosa mogą istnieć i wówczas, gdy jest brak znamiennych objawów tej choroby (nerwoból nerwu trójdzielnego), a wówczas częstokroć porażenie akomodacyi może być ważnym czynnikiem rozpoznawczym. Porażenie akomodacyi byłoby w tych przypadkach wywołane przekrwieniem biernem oczodołu i wyrostków rzęskowych w następstwie ukrytego zapalenia zatok czołowych. Chorzy, skarżąc się wówczas głównie na zaburzenia oczne, zwracają się do lekarza chorób ocznych. Przy otwartym zaś ropotoku jam dodatkowych nosa, gdzie zaburzeń ocznych brak, chorzy zgłaszają się o poradę do lekarza chorób nosa. Z tego też powodu powikłania oczne tak mało są uwzględnione w podręcznikach chorób nosa. Tem większą uwagę powinni zwracać okuliści na możliwość powikłań ze strony jam dodatkowych nosa przy zapaleniach wewnętrznych oka. Gwałtowne nerwobóle w obszarze nerwu trójdzielnego, występujące dość często w zapaleniach jagodówki, mogą mieć swą przyczynę w zmianach chorobowych zatok czołowych. Sączkowanie zatok czołowych i następowe polepszenie świadczą o tem, że owe nerwobóle były następstwem ukrytych zmian zapalnych w zatokach czołowych. Przypadki takie, jak powyższe, byłyby częstsze, gdyby zwracano uwagę na ów wzajemny stosunek chorób ocznych i jam dodatkowych nosa. Przez leczenie podstawowego cierpienia dałyby się osiągnąć lepsze wyniki w zapaleniach jagodówki, a choremu oszczędziłoby się nieraz t. zw. „rzęskowych nerwobolów". *Dr. W. Reis.*

Guttman. **O miejscowem znieczuleniu przy operacyach ocznych z szczególnem uwzględnieniem rękoczynów przy jaglicy.** (*Archiv f. Augenh.* 52, Zeszyt 3, 1905). Miejscowe znieczulenie oka zapomocą wkraplania kokainy wprowadził do chirurgii ocznej Koller w roku 1884. Guttman, idąc za przykładem chirurgii ogólnej, stosuje przy operacyach ocznych odmienną metodę znieczulenia miejscowego. Jest ona w ścisłem tego słowa znaczeniu miejscową, a poprzednie wkroplenie 4 prc. kokainy stanowi tylko okres przygotowawczy. Do wstrzykiwań używa G. roztworu: *Natrii chlor. 0,2*, *Cocaini mur. 0,05* (u osób wrażliwych 0,1), *Aquae destil. 100,0.* Ponieważ spojówka powieki górnej zanadto silnie przylega do chrząstki, przeto odsłania G. zapomocą szczypczyków załamek spojówkowy i wstrzykuje na brzegu długą i cienką igłą w pewnych odstępach po 3—4 kropli płynu, aż cały worek spojówkowy jest nacieczony. Wówczas powieka górna pozostaje odwróconą nawet bez pomocy szczypczyków. Na dolnej powiece zabieg ten jest już łatwiejszy. Przy operacyach gałkowych należy tylko bardzo małą ilość płynu wstrzykiwać w spojówkę gałkową, gdyż w przeciwnym razie powstać może obrzęk, zakrywający pole operacyjne. W porównaniu z dotychczasowym sposobem znieczulania kokainą posiada ten zabieg następujące zalety: bezbolesność, znieczulenie natychmiastowe po nacieczeniu, brak bolów następowych, możność wykonywania operacyi u dzieci bez pomocy, a w końcu ziarna jaglicze w nacieczonej spojówce występują tak wybitnie, że sposób ten może nawet posłużyć do rozpoznawania różniczkowego z zapaleniem mieszkowem spojówki. Ziarna jaglicze mogą być poddane systematycznemu zniszczeniu zapomocą szczypczyków daleko dokładniej, niż to dotychczas jest możebnem przy gwałtownem nacieraniu i rozdzieraniu całej spojówki. Obrzęk z nacieczenia, który w nieznacznym stopniu zmienia wejrzenie tkanki przy drobnych naroślach i pewna wprawa, konieczna przy tym rękoczynie, są jedyną niedogodnością, która nie może jedynie wpłynąć na wartość polecanego przez G. sposobu znieczulania miejscowego. Autor wypróbował podaną przez siebie metodę w kilkudziesięciu przypadkach, z których 52 zabiegów operacyjnych było przy jaglicy, a reszta przy naroślach powieki górnej i dolnej, ropotoku woreczka łzowego i podwinięciu powieki. *Dr. W. Reis.*

HIGIENA. Kitasato. **Rodzime bydło japońskie, a gruźlica.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Bd. 48, 1905). Znanem jest od dawna, że rodzime bydło japońskie, chowane w sposób naturalny, nie podpada gruźlicy, podczas gdy rasy importowane i rasa mieszana (ojciec z rasy obcej, matka z rodzimej) często jej podlegają. Czy ta odporność wobec gruźlicy, zresztą nieznana u innych ras bydła, jest swoistą dla bydła japońskiego, czy też spowodowana brakiem sposobności do zakażenia, starał się K. rozstrzygnąć na podstawie doświadczeń. W pierwszym szeregu doświadczeń nad bydłem rodzimem, wypróbowanem tuberkuliną, w seryi pierwszej na 15 zwierząt, zakażonych hodowlą gruźlicy bydlęcej i zawiesiną narządów gruźliczych do żył, jamy brzusznej, tchawicy i podskórnie, zapadło na gruźlicę 6, odpornych okazało się sztuk 9; w seryi drugiej na 33 sztuk cieląt 3—8 miesięcznych, 26 pozostało przy zdrowiu, 5 padło z gruźlicy, 2 z innych przyczyn; — w doświadczeniach z gruźlicą ludzką, wykonanych na 6 cielętach z rasy rodzimej i 8 z rasy mieszanej w sposób i materyałem, jak w pierwszym szeregu, 12 sztuk okazało się wolnych od gruźlicy, dwie zaś padły z bardzo nieznacznemi zmianami gruźliczemi. Użyta do doświadczeń gruźlica była dla świnek morskich wybitnie jadowitą. Opis doświadczeń swych poprzedza K. nader interesującą statystyką gruźlicy u ludzi i zwierząt wogóle w Japonii i jej miastach największych, z której dowiadujemy się, porównywując ją ze statystyką gruźlicy w Europie i stołecznych miastach naszego kraju, że gruźlica w kraju wschodzącego słońca nie jest wcale rzadką, a jednak mniej rozpowszechnioną w głównych miastach, niż w naszych miastach stołecznych (Lwów, Kraków), nawet po odliczeniu w nich obcych, że pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego w liczbie ogólnej gruźlicy odgrywa dosyć wybitną rolę 10,34 prc. z zestawień sekcyi zakładu patologicznego w Osaka), że nadto istnieją w Japonii okręgi, wśród których gruźlica u ludzi wcale nie jest rzadką, u bydła zaś nieznaną, a szczepienia tuberkuliną bydła przedstawiają wahania co do obecności gruźlicy w poszczególnych miejscach od 1,47 do 377,54 przypadków na 100 sztuk bydła. Stopień zużycia mleka przez ludność Japonii określają liczby, obliczone na głowę i dobę w centymetrach sześciennych dla najwięcej używającego mleka Tokio 8,75 cm.^{3}, w całej Japonii przeciętnie 2,825 cm^3. Na podstawie doświadczeń swych i statystyki twierdzi K., że 1) gruźlica ludzka jest w Japonii równie rozpowszechnioną, jak w innych cywilizowanych krajach Europy i Ameryki; 2) mimo nieużywania mleka krowiego do żywienia dzieci gruźlica przewodu pokarmowego u dorosłych i dzieci wcale nie jest rzadką; 3) w naturalnych warunkach gruźlica ludzka nie jest zakaźną dla bydła; 4) rodzime bydło japońskie w warunkach naturalnych jest odpornem dla gruźlicy bydlęcej, również przy zakażeniu podskórnem, — zakażone jednak gruźlicą w ilościach znacznych do żył i otrzewnej, podlega zakażeniu; 5) importowane rasy bydła i rasy mieszane z krajową nie posiadają odporności swoistej wobec gruźlicy. Wobec dawnego istnienia gruźlicy wśród ludności japońskiej, a pojawienia się gruźlicy bydlęcej dopiero przed laty 30, wraz z importem obcych ras bydła, uważa K. zdanie Kocha o przenoszeniu się gruźlicy z człowieka na człowieka z wykluczeniem pośrednictwa mleka za słuszne. *L. Bier.*

Noetel. **O zobojętnieniu szkodliwego oddziaływania plwociny suchotników.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Bd. 48, 1905). W pierwszej części swej pracy, obejmującej sprawę zbierania plwocin suchotniczych, przemawia N. gorąco za gromadzeniem jej do spluwaczek, napełnionych materyałem suchym. Obecnie bardzo rozpowszechniony, a nawet przepisany sposób zbierania plwocin w spluwaczkach, wypełnionych płynem, wymaga dezynfekcyi parą, albo przez gotowanie, manipulacye, które, wykonywane tak na wielką, jak i małą skalę, przedstawiają pewne trudności i przykrości, jak nieprzyjemny zapach i t. p.; niszczenie zaś plwocin środkami chemicznymi wymaga zbyt wiele czasu, a nadto jest drogie. Więcej celowym i czystym jest sposób niszczenia plwocin przez spalenie wraz z spluwaczką; łatwiejszy on jest do wykonania, jeżeli spluwaczka zawiera materyał suchy. Nieuzasadnioną jest, zdaniem N., obawa roznieśienia zarazka po wyschnięciu plwociny, gdyż według jego doświadczeń z prądami powietrza, silniejszymi — do 6 m. na sekundę — od wydarzających się w rzeczywistości, nie dało się z piasku i wiór drzewnych oderwać plwociny, wysuszonej, na nich, nawet w ciągu 6 dni. Z fusów (kawy wytrawionej) na których 3—4 dni zasusza plwocinę, odrywały ją dopiero prądy powietrza o szybkości 5 m. na sekundę, z trocin zaś drzewnych już prądy szybkości 2—3 m. na sekundę. W drugiej części swej pracy zajmuje się

autor zakaźnemi resztkami plwociny, które chorzy rękami, trzymając je przed ustami i obcierając usta, lub chowając chusteczki do kieszeni, przenoszą na ubranie, szczególnie w okolicy kieszeni. Pył, otrzymany w szklanem pudle przy tarciu ubrań 6 ubogich suhotników, zastrzyknięty zwierzętom, zawierał w 5 przypadkach liczne i bardzo żywotne zarazki gruźlicze. Żąda przeto autor częściej dezynfekcyi ubrań u suchotników, szczególnie, jeżeli użyte być mają przez innych ludzi. Według doświadczeń autora najprostszy, pewny sposób odkażania, nie niszczący ubrań, polega na rozpyleniu 135·0 formaliny i 500·0 wody w szafie o objętości ½ m.³, wybite blachą cynkową i zadziałaniu tej mieszaniny przez godzin 5. Do odwonienia formaliny wystarczy 60·0 amoniaku. Cenę tej dezynfekcyi podaje N. na 0,85 marki, czyli na 1 koronę. *L. Bier.*

Gottstein. **Jak zachowuje się zarazek gruźliczy w ustroju zwierząt zimnokrwistych.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 6). Wyniki doświadczeń z zarazkiem gruźlicy ludzkiej na zwierzętach zimnokrwistych, wykonane przez badaczy francuskich i niemieckich, dały zbyt sprzeczne wyniki co do powstawania w narządach tych zwierząt zmian anatomopatologicznych, właściwych gruźlicy, jakoteż i co do możności przemiany zarazka gruźliczego kilkakrotnem przeprowadzeniem przez organizm zimnokrwistych. W doświadczeniach własnych napotkał G. z 70 zakażonych żab tylko u 2 padłych po 3, wzgl. 12 tygodniach, po kilka guzków w śledzionie, histologicznie podobnych do świeżych guzków gruźliczych (bez zserowacenia i obumarcia), zawierających nieliczne zarazki gruźlicze o niezmienionej dla świnek morskich jadowitości. Bezskuteczne były również doświadczenia z zakażeniem żab zarazkiem, przechowanym czas dłuższy w żabach, z zarazkiem, szczepionym w wielkich ilościach tym samym żabom kilkakrotnie pod skórę do jamy brzusznej i wcieranym do wątroby; — nie udało się w żadnym przypadku powyższych doświadczeń zauważyć zmian gruźliczych w narządach; znaleziono zaś zarazki zawierała gruba błona włóknikowa, przyczepiona do nich na powierzchni narządów luźnie. Żółwie, zakażone gruźlicą ludzką, bydlęcą i padalca, zachowywały się odpornie wobec 2 pierwszych odmian gruźlicy, ułatwiały rozwój ostatniej obficie, przyczem napotkano liczne ogniska martwicze, a błony włóknikowe na narządach w tem zakażeniu przedstawiały liczne ogniska krwawe; — wątroba i śledziona posiadały znacznie rozszerzone naczynia. Na tej podstawie uważa G. przemianę zarazka gruźliczego za wykluczoną. *L. Bier.*

Heim. **Czystość sztucznych i naturalnych wód mineralnych.** (*Hygien. Rundschau* 1905, Nr. 4). Z polecenia Heima badał Schütz w jego zakładzie higienicznym 157 prób sztucznych i naturalnych wód mineralnych na ilościową i jakościową zawartość w nich bakteryi i pleśni, używając w tym celu specyalnego podłoża z zawartością 5 prc. żelatyny, 8·75 prc. agaru i 1 prc. peptonu. Sztuczna woda selterska, wyrabiana w Erlandze, zawierała w 25 próbach 49 do 31,750 w 1 sz. cm., przeciętnie 31,000 bakteryi, a 17 z nich pleśnie od 50 do 4520 w 1 sz. cm. wody. W 15 limoniadach erlangskich było bakteryi od 8 do 477,500, przeciętnie 50,000 w 1 sz. cm., pleśni w 13 z powyższych 15 od 4 do 1180 — nie brakło w nich i drożdży, w niektórych nawet próbach obficie. Na 60 gatunków sztucznej wody selterskiej, wyrabianych w rozmaitych miastach niemieckich, zaledwie 18 posiadało w 1 sz. mniej bakteryi niż 500, przeciętnie zaś liczba bakteryi wynosiła 14,000, a małą zawartość bakteryi w wodach niektórych miast odnieść trzeba do przepisu miejscowego, w szczególności przepisów policyi zdrowia, zobowiązującego fabryki odnośne do używania przy wyrobie wody przekroplonej, do czystości naczyń użytych i przy płokaniu flaszek. Jak wybitnie dodatnio wpływa tego rodzaju czystość i na wody nawet dłużej przechowywane, wynika z badań Schütza, podanych przez Heima, uwidacznia się w nich nadto, że kwas węglowy upośledza żywotność bakteryi nieco tylko, niszczy je głównie zwiększone ciśnienie. Z naturalnych wód mineralnych tylko 6 na 57 flaszek rozmaitych wód zawierało w 1 sz. cm. mniejszą ilość bakteryi niż 500, przeciętnie wynosiła liczba ta 35,000, dochodząc w niektórych flaszkach prawie do ½ miliona. I tu przyczyna nieczystości leży w nieczystem napełnianiu, do flaszek brudnych, w niedbałem korkowaniu, w części w złem ujęciu źródeł; naczynia kamionkowe wewnątrz nierówne i trudno dające się czyścić, mniej się nadają do napełniania wodą od flaszek szklanych.

Dr. Leonard Bier.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Arhovina ma według Meissnera (*D. mediz. Woch.*, 1905, 43) tę szczególną zaletę, że będąc zupełnie nietrującą, jednoczy w sobie dwa związki: difenylamin i kwas tymylbędźwinowy, działające silnie odkażająco, ale też dla ustroju nieobojętne. Otóż arhovina ma własności lecznicze obu swych składników, nie ma zaś już ich szkodliwego działania. M. nie zauważył u żadnego z chorych, leczonych arhoviną, żadnych przypadłości przedmiotowych ani podmiotowych; w szczególności nie wywiera arhovina żadnego działania na przewód pokarmowy. Arhovina nadaje moczowi własności przeciwgnilne, a zarazem koi bole; to są dwa najważniejsze jej skutki. M. leczył tym środkiem 18 przypadków, a mianowicie: 1) 8 przypadków zapalenia pęcherza na tle wiewiórowem: z tego 5 cięższych w toku ostrego wiewióra cewki i 3 lżejsze po przebyciu wiewióra cewki; w 2 przypadkach były nieznośne bole, niedające się uśmierzyć nawet środkami narkotycznymi. Po trzechdniowem zażywaniu arhoviny (6 kapsułek dziennie) bolesność znikła, po 5 dniach wyjaśnił się mocz, a wyleczenie nastąpiło po 12—21 dniach. 2) 4 przypadki wiewióra ostrego u kobiet. Z tych u 2 sprawa nie zajmowała pochwy; arhovinę podawano tutaj tylko wewnętrznie, miejscowo zaś stosowano leki ściągające; wewnętrznemu podawaniu arhoviny przypisuje M., że sprawa i później z moczem, spływającym z zajętego ujścia cewki, na pochwę nie przeszła. U 2 innych kobiet z wiewiórem pochwy i cewki moczowej podawano arhovinę wewnętrznie i stosowano tampony pochwowe, napojone oliwą arhovinową; wyleczenie miało być trwałe. 3) 6 przypadków ostrego wiewióra cewki moczowej u mężczyzn leczył M. miejscowo w zwykły sposób, a równocześnie podawał wewnętrznie arhovinę. Wyniki były dobre. W jednym z tych przypadków przebywał chory wiewiór już poraz trzeci, poprzednio zawsze z zajęciem stawów, którego tym razem nie było; tę korzystną zmianę przypisuje M. arhovinie. *Hr.*

Aspiryną starał się w cierpieniach ginekologicznych koić bole Merkel (*Archiv f. klin. Med.* 1905, 1—4). Według niego uśmierza lek ten bóle, trapiące chore na raka macicy, bole w toku wiewiórowego zapalenia jajowodów, przechodzącego na otrzewnę, kolkę miesiączkową, dokuczliwe bole poporodowe (u 3 wielorodek). M. używał 2—3 dawek pół- do jednogramowych w postaci kołaczyków, podając je w ostrych napadach bolów z przerwami jednogodzinnemi. Aczkolwiek aspiryna niezawsze wywiera skutek, niemniej zasługuje, zdaniem M., na uwagę wobec niebezpieczeństw, łączących się z podawaniem morfiny i jej pokrewnych środków. *B.*

Bioferynę stosował Klautsch (*Centralbl. für Kinderh.* 1905, 8) u szeregu dzieci w zakładzie im. św. Elżbiety w Halle w przypadkach niedokrwistości, błędnicy, osłabienia po ciężkich chorobach i wreszcie w krzywicy. Lek ten, zawierający 76 prc. czystej płynnej hemoglobiny, 20 prc. gliceryny i 4 prc. nastojów aromatycznych brały dzieci bez wstrętu, a autor stara się przytoczeniem wzrostu wagi i odsetki hemoglobiny u leczonych uwidocznić zalety leku. Równie korzystnie działała bioferyna u niedokrwistych dorosłych w ręku Gerbera (*Mediz. Blätter* 1905, 28, 29). *Kl.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV Posiedzenie naukowe z dnia 10 listopada 1905 r.

Obecnych członków 45. Przewodniczy kol. Weksler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. Marischler przedstawia chorą, która zgłosiła się do polikliniki ze zwykłym kaszlem. Przy badaniu znalazł kol. M. na plecach po stronie prawej strup wielkości dłoni, uchodzący dotąd zupełnie uwagi chorej. Wywiadami można było dojść, że przed kilku dniami sparzyła się ona prawdopodobnie gorącą herbatą; bolu jednak na plecach nie uczuła. Badanie wykazuje zniesienie uczucia bolu po stronie prawej, osłabienie władzy po lewej i zaniki mięśni ręki lewej, a więc jest to obraz syryngomyelii.

Kol. Ruff opisuje przypadek chorego z zanokcicą, który dla ogrzania się usiadł przy kaloryferze i opalił sobie prawie całą skórę grzbietu. Potem dopiero zwrócono uwagę na jego stan ogólny i rozpoznano syryngomyelię.

Kol. prof. Łukasiewicz przypomina, że podobne przypadki zdarzają się nietylko w syryngomyelii, ale i w trądzie.

III. Kol. Leszczyński przedstawia preparaty krętka bladego (*spirochaete pallida*) i podaje cechy rozpoznawcze między nim, a „*spirochaete refringens*“.

Kol. Fajersztajn L. zastanawia się nad kwestyą, czy istnieje związek etyologiczny między tym krętkiem a przymiotem? Zdaje się,

że znajduje się on w każdym wytworze przymiotu, liczniej w głębszych warstwach, niż w powierzchownych; we krwi znalazło go dopiero dwóch badaczy. Może niezwykle wielka trudność wykrycia krętka stanowi często przyczynę, że go nie wszędzie znajdowano. Ale czy znachodząc się wszędzie, jest zarazem przyczyną choroby? Gdy jedni piszą, że zarazek pod wpływem leczenia swoistego rozpada się na szereg osobników pojedynczych, inni znowu mówią, że nie ulega żadnym zmianom. Wreszcie inni znajdowali go w raku, w mazidle (smegma), w kłykcinach zwykłych.

IV. Kol. prof. Rydygier okazuje kolekcyę przedmiotów, wydobytych z przewodu pokarmowego chorej, cierpiącej na zadumę (melancholię). Są tu gwoździe, szpilki, szpilki do włosów, druty, ołówki. Jedne większe tkwiły w żołądku, inne w jelitach, przebijając pętle w licznych miejscach i wywołując zrosty; ołówek n. p. wywołał ropień w powłokach brzusznych i przebił na zewnątrz. Nie zdołano jedynie odszukać sztucznych zębów, które chora miała dawniej połknąć.

Kol. prof. Beck przy tej sposobności podaje wyniki badań, przeprowadzonych w pracowni fizyologicznej Eksnera, które wyświetlają, jak się ustrój zachowuje w zetknięciu z ostrym przedmiotem, który weń wtargnął. Otóż w jelicie występuje miejscowy skurcz ściany, który więzi ów przedmiot, nie pozwalając mu dalej się posuwać i ranić jelita. Urządzenie to jest celowem u zwierząt, które połykają ostre kości. Taki odłamek kostny zostaje zatrzymany w jelicie, ulegając powoli strawieniu. Poza tym miejscowym skurczem jest jelito drożne dla reszty pokarmów.

V. Kol. doc. Barącz przedstawia prosty sposób ustalania złamanego uda u dzieci, podany przez Amerykanów. Jest to trójkąt z tektury, którego jeden bok przymocowuje się do chorej kończyny, drugi, będący pod kątem rozwartym do pierwszego, przytwierdza się do boku dziecka aż do wysokości dolnego kąta łopatki. W ten sposób dziecko może się podnosić i nie zanieczyszcza się.

Kol. prof. Rydygier nie uważa przyrządu za nowy, gdyż jest to sposób Middeldorpa, tylko zastosowany do nogi. Nadto wobec silnych mięśni uda ustalenie takie wydaje mu się za słabe; zresztą nawet na przedstawionem dziecku widać zboczenie osi uda.

Kol. doc. Schramm na mocy swego doświadczenia stwierdza, że wyciąganie Volkmanowskie daje bardzo dobre wyniki u dzieci. Gdyby zachodziła potrzeba ambulatoryjnego leczenia, nie zastosowałby tego przyrządu, bo nie zapewnia on ustalenia i ekstenzyi, o które właśnie chodzi, szczególnie u dzieci, które są niespokojne.

Kol. doc. Barącz zastrzega się, że nie uważa tej metody jako najlepszą, ale będąc zmuszony leczyć ambulatoryjnie, spróbował tego przyrządu i wynik przedstawił bezstronnemu sądowi, o ile zasługuje na uwzględnienie.

VI. Kol. doc. Barącz przedstawia chorego z przetoką na policzku, pochodzącą od zęba, która przy badaniu bakteryologicznem okazuje się jako promienica.

VII. Kol. Fels wygłasza drugą część odczytu „O obrzezaniu rytualnem“. Wyjaśniwszy historyczne powstanie obrzezania, omawia cały akt tego obrzędu u Żydów, składający się z przygotowań, cięcia poprzecznego — *chitach*, rozdarcia napletka i odsłonięcia żołędzi — *periah*, wysysania rany — *mecicah* i wreszcie z opatrunku. Następnie omówił stanowisko obrzezaków u Żydów — *mohelim* i przeciwwskazania talmudyczne do obrzezania. Zestawił rzekome i prawdziwe korzyści obrzezania rytualnego i wyliczył jego niebezpieczeństwa, z których najważniejsze są choroby przyranne, uszkodzenia członka przez błędnie wykonane operacye, przenoszenie chorób zakaźnych przez usta obrzezaka — *mecicach szel pej*, krwotoki i zatrucia różnymi środkami, stosowanymi do tamowania krwi. Skrytykowawszy dotychczasowe postępowanie przy obrzezaniu rytualnem, wykazał konieczność reformy tego obrzędu, ujmując w końcu swe wywody w następujące wnioski:

1. Obrzezanie jest pozostałością z prastarych czasów barbarzyńskich, podobnie jak n. p. przekłuwanie uszu u dziewcząt. W starożytności miało ono znaczenie narodowe, dzisiaj możemy uznawać dzieci rodziców żydowskich za żydów i bez obrzezania.

2. Korzyści obrzezania są nieznaczne, jego niebezpieczeństwa o wiele groźniejsze.

3. Obrzezania powinni dokonywać albo lekarze albo egzaminowani obrzezacy, przestrzegając wszelkich prawideł aseptyki i to dopiero w drugim lub trzecim miesiącu życia. Krwawiączka winna być ważnem przeciwwskazaniem do obrzezania.

4. Przedzieranie blaszki wewnętrznej napletka paznokciami powinno ustać; wysysania zaś rany ustami należy ostro zabronić, a przeciw wykraczającym wyznaczyć surowe kary.

Kol. Stauber widział w tym roku sześcioro dzieci, zarażonych przymiotem przez osławionego obrzezaka Hersza Szechtera. Prócz przymiotu widuje się często gruźlicę gruczołów pachwinowych, jako następstwo wysysania rany ustami. *Zawadzki.*

VIII. O kąpielach w starożytności.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Ciąg dalszy).

Chociaż w Grecyi znano liczne zdroje mineralne, to o kąpielach mineralnych jako środku leczniczym Hippokrates nie wspomina wcale, raczej uważa wody, zawierające żelazo, siarkę lub sól, za szkodliwe. Inni autorowie piszą wprawdzie o nich, lecz wskazań leczniczych nie podają. Nawet Galen daje nam tylko skąpe o nich wzmianki i raczej odradza, niż poleca.

Jeszcze mniej w użyciu było picie wód mineralnych, chociaż objaśnienia teoretyczne ich składu, oparte oczywiście li tylko na tem, co zmysłami dostrzedz można było, dają już Empedokles, Hippokrates i Aristoteles. Dopiero w IV-tym wieku po Chr. żyjący w Rzymie Antyllus podaje niektóre wskazówki do używania ich, a Caelius Aurelianus wylicza i poleca różne zdroje, których picie skutecznem jest przy wielu chorobach. Niezależnie od tego laicy używają i chwalą więcej, niż lekarze, kąpiele mineralne, np. Horacy i Liwiusz, a podróże bogatych panów rzymskich do miejsc kąpielowych wchodzą nawet w modę za czasów cesarstwa i stają się początkiem świetnego ich rozwoju, jak o tem później jeszcze będzie mowa.

Starożytni Gallowie mieli swoje święte źródła, w których kąpali chorych, a o kąpielach starożytnych Germanów pisze obszernie Tacyt.

Kąpieli morskich używają już bohaterowie Homera. Hippokrates wspomina o zmywaniach, okładach wodą morską i kąpielach w otwartem morzu przy chorobach skórnych. Plato przypisuje wodzie morskiej własność usuwania wszystkiego złego. Celsus poleca kąpiele morskie przy żółtaczce, a Pliniusz i Aretaeus doradzają pobyt nad morzem, jako zbawiennie wpływający na cały ustrój. Caelius Aurelianus zaleca kąpiele wannowe w wodzie morskiej, jedynie Galen nie jest wielkim ich zwolennikiem.

Mimo, że kąpiele w pierwszych wiekach starożytnej medycyny niewielką jako środek leczniczy odgrywają rolę, to jako środek oczyszczający, orzeźwiający i wzmacniający ciało są w Grecyi bardzo rozpowszechnione. W gimnazyach używano zrazu zimnych zmywań, a dopiero później za przykładem Rzymu poczęto urządzać w nich kąpiele ciepłe i gorące.

Największymi lubownikami kąpieli są Rzymianie; to też u nich powstały owe olbrzymie, wspaniałe, pełne zbytku i przepychu gmachy, umyślnie w tym celu budowane, w których ruinach i wykopaliskach znaleziono najcenniejsze dzieła starożytnej rzeźby, malarstwa dekoracyjnego, drogocenne przedmioty zbytku i bogate okazy artystycznej sztuki stosowanej. Rzymianie w pierwotnych czasach kąpali się w Tybrze, dopiero później w kilka wieków od założenia Rzymu powstają urządzenia kąpielowe po domach prywatnych, a jeszcze później kąpiele publiczne.

Jednem z najważniejszych codziennych zajęć Rzymianina jest kąpiel i to wielce skomplikowana, której oddaje się z całą przyjemnością i z pewnego rodzaju namaszczeniem; kąpiel bierze on albo w domu albo w publicznej łaźni, których powstanie datuje się od drugiej wojny punickiej. Łaźnie publiczne zakładała albo gmina, albo prywatni przedsiębiorcy, skąd nazwy: *Balneae Pallacinae*, *Balneae Seniae* i t. p. Za kąpiel w łaźni płaci się zwykle niewielką opłatę, zwaną *balneaticum*. W domach zasobnych i bogatych willach patrycyuszów znajdują się wszędzie urządzenia kąpielowe, składające się z kilku ubikacyi, a nawet mniej zamożni mieli zwykle w swym domu jakiś kącik na to przeznaczony, zwany *lavatrium*.

Z czasem kąpieli publicznych powstaje pełno w każdem mieście, nietylko w stolicy, lecz i na prowincyi; noszą one nazwę *balneae publicae*, a dopiero od czasów konsula Agryppy, gdy przeważnie gorących zaczęto używać kąpieli, zmieniają nazwę swą

na *thermae*. Mecenas był pierwszym, co własnym kosztem zbudował w Rzymie termy publiczne, a później za jego przykładem budują je poszczególni cesarze, starając się ogromem a wspaniałością budowli i wewnętrznego urządzenia prześcignąć jeden drugiego. Powstaje ich więc takie mnóstwo, że w IV-tym wieku po Chrystusie sam Rzym posiada około 900 publicznych term.

Najwspanialsze termy rzymskie są następujące: *Thermae Agrippae*, wybudowane w początkach I-go wieku po Chr. o powierzchni 100×206 metrów, ozdobione bogatemi malowidłami i rzeźbami; *Thermae Neronis* zbudowane w 64 r. po Chr., zawierające basen na 25 metrów długi; dalej Termy Wespaziana, Tytusa, w których znaleziono wśród skarbów sztuki słynną grupę Laokoona; Domicyana, Trajana, Hadryana, Kommodusa i Konstantyna. Do największych i najkosztowniejszych należą Termy Karakalli, z których pozostały do dziś rozległe ruiny. Zbudowano je w III. wieku po Chr. na olbrzymiej przestrzeni 300,000 metrów kw. O rozmiarach ich świadczy, że wedle słów historyka: »*in usum lavantium habebant sedilia mille et sexcenta a marmore polito fabricata*«. Prócz ogromnych przestrzeni, przeznaczonych dla najrozmaitszych rodzajów kąpieli, obejmował gmach ten szerokie i wysokie galerye, czytelnie, boiska do gry w piłkę i ćwiczeń fizycznych, a wszystko olbrzymie, wspaniałe, o ścianach wyłożonych najcenniejszym marmurem, o posadzkach z najcudniejszej mozajki. Prześliczne dzieła malarstwa ściennego znalezione tam, natchnęły swego czasu Rafaela do stworzenia nieśmiertelnego arcydzieła w postaci »*loggii*« watykańskich. W nich też odkryto drogocenne rzeźby starożytne, jak: „Herkules", „Flora" i „Byk farnezyjski".

Dalsze kapiące zbytkiem termy wznoszą cesarze: Sewerus, Decius i Aurelian, wreszcie około r. 400 po Chr. Dioklecyan. Termy Dioklecyana obszarem i wspaniałością przewyższają jeszcze Termy Karakalli. O ogromie ich świadczyć może, że jedną tylko pozostałą z ruin salę, pokrytą 3 sklepieniami o rozpiętości 80 stóp, mogącą pomieścić 2400 osób, przerobił później Michał Anioł na kościół *Sta. Maria degli Angeli*. W termach tych znaleziono najcenniejsze dzieła sztuki Fidyasza i Praksytelesa.

Za przykładem Rzymu budowano termy w całej Italii i we wszystkich przez Rzym zdobytych prowincyach tak, że obecnie w najodleglejszych od metropolii potężnego państwa miejscowościach znachodzimy reszki tych imponujących budowli, więc w Pompei, Pizie, w Paryżu, w Nimes, w Budzie, koło Frankfurtu, w pobliżu Spalato w Dalmacyi, w prowincyach Nadreńskich i w Anglii. Niektóre z nich są tak jeszcze dobrze zachowane, np. w wykopaliskach pompejańskich lub w Caervent w Anglii, gdzie znaleziono dom rzymski z łaźnią prywatną, obejmującą 6 obszernych ubikacyi, że z ruin tych odtworzyć możemy najdokładniejszy obraz urządzenia wewnętrznego, uzupełniając go szczegółami z jedynego dzieła w tym przedmiocie pod tytułem »*De architectura*«, pisanego przez rzymskiego architekta nazwiskiem Vitruvius Pollio, który żył za czasów cesarza Augusta. (Dok. nast.).

IX. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Paryżu.

(2—7 października 1905 [1]).

(Ciąg dalszy).

Sekcya II.

Patologia chirurgiczna

Arloing (Lyon) zestawia porównawczo wyniki badań różnych spraw gruźliczych u ludzi, jak zołzów, gruźlicy chirurgicznej gruczołów chłonnych, oraz stawów i kości, gruźlicy skórnej, tocznia skórnego i spraw płucnych. Przechodzi następnie różne osiągalne przemiany prątków gruźliczych pod wpływem przystosowania się i różny stopień ich zdolności aglutynacyjnej u dzieci i dorosłych, oraz porównywa gruźlicę różnych zwierząt, jak ssawców, ptaków i zimnokrwistych i dochodzi do ostatecznego wniosku, że istnieją różne stopnie i różne odcienia jadowitości gruźlicy, a co więcej, że niema wyraźnie oddzielnych typów gruźliczych, lecz gruźlica istnieje tylko jedna. Jad gruźliczy podlega wahaniom u ludzi, oraz wahaniom odpowiednio do gatunków zwierzęcych; między gruźlicą u różnych gatunków zwierzęcych istnieją różne przejścia i modyfikacye i niejednokrotnie wykazałny stosunek pochodny.

W przeciwieństwie do powyższego zapatrywania występują dualiści amerykanin Rowenel i profesor Kossel z Giessen, oraz Linières. Wyróżniają oni dwa typy prątków gruźliczych: typ ludzki i bydła rogatego, bezwzględnie oddzielne, zarówno pod względem wzrostu na pożywkach, jakoteż sposobu barwienia i charakteru morfologicznego. Rowenel atoli, jakkolwiek dualista, zaznacza, że chociaż typ ludzki odznacza się słabą jadowitością w porównaniu z typem bydła, to jednak bywają odmiany jadowitsze typu ludzkiego, zdolne zakazić ustrój wołowy.

W dyskusyi nad powyższym tematem oświadcza się de Yang unitaryuszem, ponieważ różnice, zaznaczane przez dualistów, nie są stałemi i określonemi. W doświadczeniach własnych udawało mu się potęgować jadowitość prątka ludzkiego, a zmniejszać u prątka wołowego.

Lydia Rabinowitsch również uważa prątki bydła rogatego i ludzkie jako odmiany jednego gatunku, którego dalszemi odmianami są: gruźlica ptaków i zwierząt zimnokrwistych.

Achard, Gaillard i Lannelongue (Paryż) robili doświadczenia lecznicze na zwierzętach z surowicą koni i osłów, którym wstrzykiwano poprzednio toksyny gruźlicze. Wyniki doświadczeń były korzystne, atoli autorowie nie są w możności stanowczo twierdzić, czy własności surowic są swoiste.

Beranek (Neufchatel w Szwajcaryi) poleca stosowanie miejscowe wprost do ognisk gruźliczych chirurgicznych swojej tuberkuliny, zapewniając, że tą drogą można uzyskać rychłe i stałe działanie lecznicze.

Cuguillère (Tuluza) przytacza pomyślne wyniki leczenia surowicą własną w przypadkach gruźlicy różnych stawów, zwłaszcza biodrowego i kolanowego.

Villemin (Paryż) podnosi z naciskiem, że gruźlica gruczołów, t. j. w postaci zołzów, nie jest łagodniejsza, lecz jest tak samo jadowita, jak inne postaci właściwej gruźlicy.

Gangolphe (Lyon) stwierdza częstość ropni gruźliczych w następstwie uszkodzeń kostnych. Ropnie rozwijają się nieraz wiele lat po zagojeniu się uszkodzenia kostnego i dochodzą do znacznych rozmiarów. Rokowanie jest ciężkie. Szerokie nacięcie chirurgiczne jest w tych przypadkach przeciwwskazane, natomiast poleca on nakłucia, powtarzane co miesiąc. Laerres (Paryż) i prof. Lannelongue stosowali nadto wstrzykiwania płynu Lannelonguea, złożonego z gliceryny, eteru, kreozotu i jodoformu.

Coudray (Paryż) wywodzi, że istnieją w stawach ciała obce, rozsiane z maziowej błony gruźliczej, będące zatem ciałami obcemi rzekomemi, w przeciwieństwie do rzeczywistych, to jest do odłamków kostnych i chrząstnych.

Reymond przytacza dwa spostrzeżenia gruźlicy kości czołowej zupełnie wyleczone po usunięciu schorzałej kości.

Roux (Lozanna) omawia gruźlicę jelita czczego i ślepego, która bywa pierwotną i leży w zakresie chirurgii. Wyróżnić należy postać wrzodziejącą rozlaną i rzekomo — nowotworową gruźlicy. O ile na obecność pierwszej wskazuje istnienie biegunek, o tyle objawy drugiej są zmienne i nieokreślone. Rokowanie w gruźlicy wrzodziejącej jest złe; w rzekomo nowotworowej względnie pomyślne, o ile niema przetok i o ile sąsiednie pętle jelit nie są objęte sprawą chorobową. Operacya doszczętna, to jest resekcya, która daje w 80% przypadkach wynik pomyślny i to lepszy przy częściowem wycięciu jelita ślepego (100% pomyślnych wyników), aniżeli przy „apendicektomii". Ileokolostomia, jako zabieg tylko łagodzący, daje w 89—91% przypadków wyniki pomyślne. Laparotomia zwyczajna, jako środek leczniczy w gruźlicy rozsianej, rozpoczynającej się jako gruźlica jelita czczego i ślepego, niema znaczenia zabiegu doszczętnego, ma jednak 74% pomyślnych wyników do zaznaczenia.

Prof. Depage i Pinchart (Bruksela) stwierdzają, że gruźlica jelita czczego i ślepego jest niezależną od gruźlicy wyrostka robaczkowego. Pierwsza bywa znajdowaną w 40% przypadków, druga tylko w 8.3% przypadków. O ile gruźlica wrzodziejąca nie obchodzi chirurga, jak tylko w razie pęknięcia wrzodu, o tyle gruźlica przerostowa jest chorobą czysto chirurgiczną. Przy rozpoznaniu odróżnić ją należy od raka, promienicy i przewlekłego zapalenia kiszki ślepej. Leczenie polega na wyłączeniu lub resekcyi.

Deucoulin stwierdza, że gruźlica wyrostka robaczkowego nie stwarza objawów zapalenia wyrostka robaczkowego.

Le Dentu komunikuje interesujące spostrzeżenie przypadku gruźlicy jelita biodrowego i ślepego, w którym musiał wyciąć więcej niż 96 cm jelita.

Andrieu wyróżnia w gruźlicy stawu kolanowego dwa rodzaje zwichnięcia rzepki. Jedne zwichnięcia powstają przez rozciągnięcie więzadeł, poprzedzające proces kostny, z powodu wysięków do stawu; drugie zawdzięczają swe powstanie zniszczeniu wyrostków kostnych.

Estor stosuje leczniczo w gruźlicy stawu skokowego u dzieci: 1) unieruchomienie; 2) nakłucia i wstrzykiwania eteru z jodoformem; 3) typową astragalektomię. Tę ostatnią jako najwłaściwszą u dorosłych poleca Gangolphe.

Ménard poleca staranne zachowanie przy operacyach stawu skokowego części chrzęstnych, zwłaszcza u jednostek młodych, celem osiągnięcia odnowy kości.

Calot (Berck sur Mer) obecnie nie operuje gruźlicy stawu skokowego, lecz trzyma się następujących zasad leczniczych: 1) przy obecności ropnia nakłucia i wstrzykiwania; 2) jeśli gruźlica nie wywołała rozmiękczenia, stosuje wstrzykiwania mieszanki naftolu kamforowego z gliceryną (1:4) od 5—30 kropel; 3) przy przetokach niezakażonych również stosuje wstrzykiwania; 4) przy przetokach zakażonych nie stosuje wstrzykiwań, lecz opatrunki. Tenże sam autor nie operuje, lecz leczy zachowawczo wstrzykiwaniami naftolu kamforowego z gliceryną gruźlicę jąder i przyjądrzy i otrzymał w 71 przypadkach wynik pomyślny.

Djalil Kan (Persya) nigdy nie wycina jąder gruźliczych, lecz wstrzykuje chlorek cynku lub jodoform z eterem, albo też wypala szeroko termokauterem miejsca schorzałe.

Cornil (Paryż) stwierdza, że gruźlica jajników, podobnie jak szyjki macicznej, jest rzadką w przeciwieństwie do gruźlicy trąbek i trzonu macicy. Spostrzegał on 9 przypadków gruźlicy jajników. Proces przechodzi na jajniki z otrzewnej lub z trąbek.

Boucaud (Bordeaux) przedstawia chorą, u której przed półtora rokiem wyjął z pomyślnym wynikiem obustronnie przydatki, zajęte gruźlicą.

Villemin przedstawia gruźliczo zajęte oba jajowody u królika, któremu do żyły wstrzyknięto gruźliczy miąższ gruczołowy pochodzenia ludzkiego.

Alessandri (Rzym) zaznacza, że o ile w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych nie można doradzać operacyi, to przy gruzłach odosobnionych operacyą można osiągnąć pomyślne wyniki.

Według Dureta (Lille), który na 36 przypadków gruźlicy mózgu i opon otrzymał 67·6% wyleczeń, operacya gruzełków mózgu jest zawsze uzasadniona, o ile nie zachodzi gruźlica za daleko posunięta lub uogólniona.

Prof. Lannelongue zaleca swój sposób leczenia gruźlicy stawów wcześnie rozpoznanej: 1) wstrzykiwaniami pozastawowemi 10 kropel u dorosłych, a 5—10 kropel u dzieci, 10% roztworu chlorku cynku. Wytwarza się wówczas odczynowe zapalenie tkanki kostnej i łącznej, ograniczające sprawę gruźliczą; 2) wstrzykiwaniami do stawu następującej mieszanki: oliwy 90.0, jodoformu 10,0, kreozotu 2.0 w ten sposób, aby trzy gramy jodoformu wstrzyknąć do stawu.

Villemin (Paryż) omawia wpływ urazu na gruźlicę, który się w czworaki sposób ujawnia: *a*) uraz powoduje dostanie się jadu gruźliczego z zewnątrz do ustroju; *b*) uraz, zadziaławszy na rozwiniętą miejscową gruźlicę, rozsiewa drobnoustroje na odległość; *c*) uraz ujawnia gruźlicę, dotąd utajoną; *d*) uraz pogarsza gruźlicę jawną, już istniejącą.

(Dok. nast.)

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Największe Kasy chorych w Niemczech: Z 12 największych Kas chorych w państwie niemieckiem znajdują się trzy w Berlinie, a po jednej w Lipsku, Monachium, Dreznie, Frankfurcie, Stutgardzie, Chemnitz, Plauen, Barmen i Charlottenburgu. Najwięcej członków liczy Kasa lipska, bo 154.807, potem idą Kasy w Monachium i Dreznie, każda z liczbą członków, przekraczającą 96.000, a po nich stoi w rzędzie Kasa chorych dla kupców w Berlinie z liczbą 90.442. Kasa w Frankfurcie n. M. liczy 82.000; ogólna Kasa chorych w Berlinie 77.387 członków. Kasa w Stutgardzie ma 65.000; Kasa w Chemnitz 53.000, Plauen 38.000, Barmen 32.000 i Charlottenburg 29.000 członków. Kasa chorych krawców w Berlinie liczy 28.850 członków. *Stahr.*

Stanowisko lekarzy w świecie pod względem społecznym i finansowym. Na temat ten urządził „British Medical Journal" ankietę w różnych częściach świata i poświęcił cały swój numer z 3 czerwca b. r. wynikom tych wywiadów. Wywiady odnosiły się głównie do następujących spraw: warunki praktyki lekarskiej, prawa i obowiązki lekarzy wobec publiczności i państwa, finansowe położenie lekarzy, zawód lekarski w stosunku do ustaw, partactwa leczniczego i praktyki nielegalnej, ochrona interesów zawodowych, społeczne położenie lekarzy i ich rola w polityce i lekarska statystyka. Ankieta ta najjaśniej udowodniła, że finansowe położenie lekarzy prawie na całej kuli ziemskiej jest jednakowe i na ogół bardzo mało zadowalniające. Dochód roczny lekarzy w przeważnej liczbie krajów europejskich waha się między 6000, a 12.000 koron. Najsmutniejsze stosunki panują w Berlinie. Większość lekarzy nie zarabia więcej, jak 5000 koron, a 800 lekarzy w Madrycie zarabia ledwo na najprostsze konieczne do życia potrzeby. Przepełnienie w zawodzie jest przyczyną tych smutnych stosunków. *Stahr.*

XI. Wiadomosci bieżące.

Kraków, 21 grudnia.

* Liczba słuchaczów Uniwersytetu Jagiellońskiego wynosi w bieżącem półroczu 2404 i 75 hospitantek. Do aktu imatrykulacyi przystąpiło 118 medyków.

* Na Wydział lekarski we Lwowie zapisało się 40 słuchaczów, w tem 10 pań.

* Państwowa Rada lekarska przyzwoliła na wprowadzenie do Rosyi i rozprzedaż w całem państwie surowic leczniczych wyrobu prof. Bujwida, mianowicie surowicy przeciwbłoniczej, przeciwpłoniczej, przeciwdurowej i przeciwcholerycznej („Wracz" Nr. 47).

* Do liczby lekarzy, którzy zginęli podczas klęski marynarki rosyjskiej pod Cuszimą, a których nazwiska podaliśmy w Nr. 39 „Przeglądu lekarskiego", należy jeszcze dodać: Kazimierza Obniskiego, Konstantego Kreczunesko i Beniamina Podobiedowa. Wszyscy stali się pastwą morza wraz z okrętami, na których pełnili służbę.

* Układy między wiedeńskim wydziałem lekarskim a prof. Quincke, któremu ofiarowano katedrę po zmarłym prof. Nothnaglu, rozbiły się, jak donosi „Berliner klin. Wochenschrift" w Nr. 51.

* Dr. Schumberg wystąpił dosadnie i nie bez słuszności przeciw chustkom do nosa. Nie mówiąc już o ropie, lecz sam śluz z nosa, na którym osiada wielka liczba prątków, zostaje na chustce w kieszeni, gdzie ciepło, wilgoć i ciemność sprzyjają rozmnożeniu drobnoustrojów, między którymi są i chorobotwórcze. Dr. Sch. nie wskazał jednak, czem zastąpić chustkę, a tylko powołał się na rasę żółtą, używającą miękkiej bibułki, którą po użyciu wrzuca się do koszów.

* Związek okręgowy lekarski w Osieku (Aussig) zamierzył wziąć inicyatywę w zorganizowaniu lekarzy austryackich na wzór organizacyi lipskiej. Namiestnictwo wystąpiło z zakazem rzekomo na podstawie statutów. Związek zamierza uzupełnić swój statut w myśl rządu, a tem samem wystawi namiestnictwo na próbę, czy działało ze względów formalnych, czy też był to krok zasadniczego sprzeciwienia się tego rodzaju organizacyi stanu lekarskiego.

* W Osnabrück pociągnięto do odpowiedzialności sądowej lekarza za to, że nie posiadając egzaminu dentystycznego, wypisał na swojej tabliczce „Specyalista dentystyczny“. Sąd uznał winę lekarza, lecz od kary uwolnił, uwzględniając jego dobrą wiarę. Za to samo przekroczenie skazał innego lekarza drezdeński sąd krajowy.

* Index Catalogue of the Surgeon-Generals Office wyszedł X-ty tom serya II. Rozwój tej światowej biblioteki lekarskiej jest olbrzymi; obejmuje ona 153,007 tomów oprawnych i 266,455 broszur. Świeżo wydany tom Index Catalogue obejmuje 10,856 tytułów samoistnych publikacyi, a 22,622 rozpraw dziennikarskich.

* Sprawozdania i rozprawy z 1-go Kongresu rentgenowskiego wyszły jako tom 1-szy rozpraw rentgenowskiego Towarzystwa niemieckiego.

* Na naradzie profesorów rosyjskich uchwalono wstrzymać wykłady do 1 stycznia 1906 roku w następujących uniwersytetach: moskiewskim, dorpackim, kazańskim, kijowskim i tomskim. Odeski uniwersytet został otwarty dnia 7 listopada, tymczasem 15-go ponownie zamknięty.

* Między 26 listopada a 2 grudnia zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, mieleckim, mościskim (po 1 gminie), nadwórniańskim (2 gm.), stryjskim (4 gm.), zborowskim (1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Wojciech Stanko, b. lekarz powiatowy, l. 69 — w Tarnowie. Prof. Schmaus, prosektor miejskiego szpitala, zmarł w Monachium. Szef sekcyi w min. spraw. wewn. Dr. Kusý — w Wiedniu.

Mianowania i odznaczenia. Naczelnym lekarzem wojska niemieckiego w miejsce Leutholda mianowany został dr. Schjerning. Doc. Orłow mian. został profesorem nadzwyczajnym położnictwa w Odesie.

Bibliografia:

Czasopism z Królestwa Polskiego — nie otrzymaliśmy.

— *Postęp okulistyczny* (listopad). Majewski: Nowy przyczynek do ametropometryi.

— *Głos lekarzy* Nr. 24 zawiera: Dziesięciolecie Izb lekarskich (c. d.). — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905 (c. d.). — Z Izb lekarskich.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 50. Chvojka: Missed labour při centrální vcestne placentě (c. d.). Chalupecký: Glaukom v lékařství úrazovém. Frankenberger: Vrozená atresie hrtanu (dok.). Blažek: Prosty nekombinovaný defekt septa komor srdečních a šelesty kardiopulmonální u dítěte novorozeného.

— *La Presse médicale* Nr. 98. Bernard: Zbiór objawów nadnerczowych. Lorand: Obrzęk śluzakowy a choroba snu. — Nr. 99. Lermoyez: Olfaktometrya kliniczna. Mouchet: Zawał wybroczynowy jelita cienkiego, spowodowany zakrzepowem zapaleniem żył krezkowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 50. Senator: Dzieje, znaczenie i zadanie poliklinicznego Instytutu wewnętrznej medycyny w berlińskim uniwersytecie Fryderyka-Wilhelma. Morgenroth: Otrzymywanie toksyny z jej związku antytoksycznego. Brühl: Badanie słuchu i stanu anatomicznego przy postępującej utracie słuchu. Apfelstedt: Uwolnienie rączki i obrót. Stich: Leczenie ostrych zapaleń zapomocą przekrwienia zastoinowego (dok.). Edens: Częstość gruźlicy skóry w Berlinie (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 50. Curschmann i Gaupp: O wykazaniu leukotoksyn, powstających pod wpływem promieni Roentgena we krwi chorych na białaczkę limfatyczną. Kühn: Odczyn desmoidowy Sahliego — nowa metoda do badania chemizmu żołądka w warunkach prawidłowych i bez zastosowania zgłębnika przełykowego. Amann: O następowych guzach jajników. Stoeckel: Leczenie obrzęków zapalnych przydatków macicy. Raab: Co mierzymy tonometrem Gärtnera? Tomaschny: Niezwykły objaw przy śmiertelnym przebiegu ostrego krwotoku trzustki. Tomaszewski: Zastosowanie podskórne jodypiny. Grossmann: Odbieracz moczu u dzieci. Heilbronner: O zaburzeniach umysłowych w związku bezpośrednim z wstrząśnieniem mózgu (dok.). Lindner: Chirurgia serca i osierdzia (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 50. Schrötter: Józef Škoda. Hamburger: O zdolności trawiennej komórek ciała. Donath: Przyczynek do sprawy porażenia Landryego. Zikmund: Osobliwy przypadek porodu *corpore duplicato*. Kossow-Gerronay: Osobliwy przypadek skrwawienia się matki w porodzie.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 50. Vulpius: Leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa. Curschmann i Schlayer: Metoda Goldscheidera opukiwania serca. Zupnik: Patogeneza tężca. Knauth: Przyczynek do nauki o chorobie Weila. Opitz: Chirugiczne leczenie ropnicy połogowej. Königshöfer: Postępy w leczeniu chorób ocznych. Wichmann: Techniczny przyczynek do leczenia metodą Finsena, oraz uwagi nad leczeniem tocznia. Peters: Nowa fizykalna metoda leczenia choroby morskiej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 50 (od dnia 10 XII do 16/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dziew. 32; nieżywo: chł. 1, dz. 2 — **Zmarło:** miejscowych: męż. 14, kob. 17; zamiejscowych: męż. 14, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 4, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 31, obcych 23.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu Dra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu Konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożona zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*